

Pflegehilfsmittel-
paket im Wert
von bis zu 40 €
im Monat jetzt
kostenfrei
bestellen.

1 Ihre Auswahl Kreuzen Sie zuerst bitte das gewünschte **PROVIPACK**-Pflegehilfsmittelpaket an. Ihr Wunschkpaket liefern wir Ihnen monatlich kostenfrei nach Hause. Ein Wechsel zwischen den Paketen ist jederzeit möglich. Kontaktieren Sie dazu einfach unseren Kundenservice. Wir bieten Ihnen folgende festgelegte Kombination an:

Pflegehilfsmittel-Pakete	PROVI PACK 1	PROVI PACK 2	PROVI PACK 3	PROVI PACK 4	PROVI PACK 5	PROVI PACK 6	PROVI PACK 7	PROVI PACK 8	PROVI PACK 9
saugende Bettschutzeinlagen	30 St.	----	----	60 St.	----	----	80 St.	30 St.	----
Einmalhandschuhe	100 St.	100 St.	100 St.	100 St.	100 St.	200 St.	----	100 St.	400 St.
Mundschutz	----	100 St.	----	----	----	----	----	50 St.	----
Halbmasken (FFP 2)	----	----	10 St.	----	----	8 St.	----	----	----
Händedesinfektion	500 ml	----	----	----	500 ml	500 ml	----	500 ml	----
Flächendesinfektion	500 ml	----	----	----	----	500 ml	----	----	----
Händedesinfektionstücher	----	60 St.	60 St.	----	60 St.	----	----	----	----
Flächendesinfektionstücker	----	----	80 St.	----	80 St.	----	----	----	----

2 Eigenschaften Wählen Sie die gewünschte Handschuhgröße aus: **S M* L XL** *Standard bei Nichtauswahl

3 Lieferinformationen Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Druckbuchstaben aus.

Hier bitte nur die wichtigste private Pflegeperson, die/den Betreuer(in) eintragen.

Senden sie meine Lieferung bitte an diesen Empfänger: Frau Herr

Versicherte(r) Name, Vorname ODER Pflegeperson Name, Vorname

Lieferadresse Straße, Hausnr.
 PLZ, Ort

Pflegeperson ist Ehe-/Lebenspartner Verwandter Freund*in/Nachbar*in Ehrenamtliche(r)

gesetzlich als Betreuer bevollmächtigt gesetzlich nicht bevollmächtigt

ODER LIEFERUNG AN

Pflegedienst/ Sozialstation:

Bitte nur ausfüllen, wenn ihr Paket, statt zu Ihnen, direkt an Ihren Pflegedienst geliefert werden soll.

Straße, Hausnr.
 PLZ, Ort
 Telefon, Email

Einverständnis und Hinweise Nach §40 Abs.1 SGB XI haben Versicherte der gesetzlichen Pflegeversicherung Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Eine Verordnung sowie ein Rezept Ihres Arztes wird nicht benötigt. Die monatlichen Gesamtaufwendungen dürfen den Betrag von temporär max. 40 Euro nicht übersteigen. Ist der Pflegebedürftige beihilferechtigt übernimmt die Pflegeversicherung ein Betrag von maximal 20 Euro pro Monat. Sollten diese Leistungen auf Ihren Wunsch aufgrund abweichender Mengen oder Produkte überschritten werden, muss der Versicherte den Differenzbetrag selbst tragen. Ob ein Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel besteht, prüft Ihre Pflegekasse.

Dazu bitte den Antrag auf Kostenübernahme (analog Anlage 4) ausfüllen und Sie diesen an uns weitergeben. Gerne übernehmen wir für Sie die Beantragung. Erfolgt ein positiver Bescheid von der Pflegekasse, können Sie monatlich Pflegehilfsmittel kostenlos beziehen. Die Bearbeitungsdauer durch die jeweils zuständige Pflegekasse variiert zwischen 4 - 6 Wochen. Widerruft die Pflegekasse die Genehmigung, steht es provita arndt GmbH frei, die Zusendung der Pflegehilfsmittel zu beenden. Die Zusammenstellung Ihres Profipacks (Versorgungspaketes) können Sie jederzeit ändern. Den Änderungswunsch teilen Sie bitte mindestens 5 Tage vor Versand per Telefon, Post oder E-Mail. Die Dauerbelieferung mit dem Pflegepaket können Sie 14 Tage vor Monatsende kündigen.

Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.
Bitte informieren Sie mich schriftlich/telefonisch über interessante Angebote.
Gerne können Sie mich zur Steigerung der Leistungsqualität & Kundenzufriedenheit befragen.

Datum Unterschrift Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r)

Kundenservice

Sie haben Fragen?
Wir sind gerne für Sie da, rufen Sie uns an:

03981 23 77 0

Pflegehilfsmittel-
paket im Wert
von bis zu 40 €
im Monat jetzt
kostenfrei
kostenfrei
bestellen.

Persönliche Daten

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Druckbuchstaben aus. Bitte nur die hellblauen Felder ausfüllen, die grauen Felder werden durch die Pflegekasse vervollständigt.

Versicherte(r)	Frau	Herr	Geburtsdatum	Versicherte(r) ist
Name, Vorname				gesetzl. pflegeversichert
Straße, Hausnr.				priv. pflegeversichert
PLZ, Ort				beihilfeberechtigt
Telefon, Email				via Sozialamt versichert
Versichertnr./ Pflegek.				und hat den Pflegegrad
Versicherte(r) bezieht	Pflegegeld § 37 (Pflege erfolgt nur durch Angehörige/private Pflegeperson) Kombinationsleistung § 38 (Pflege durch Angehörige/private Pflegeperson und Pflegedienst) Pflegesachleistung § 36 (Pflege erfolgt nur durch ambulanten Pflegedienst)			0 1 2 3 4 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte davon. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Hinweis: Kreuzen sie alle Artikel an, die Ihren Pflegebedarf auch künftig abdecken, um die Pflegepakete wechseln zu können. Bitte nur die vorderen Felder ausfüllen, graue Felder sind der Pflegekasse vorbestimmt.

Pflegehilfsmittel	Positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	1 Stück	
Fingerlinge (unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	
Einmalhandschuhe (unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP 2)	54.99.01.5001	1 Stück	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	1 Stück	
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002	1 Stück	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	
Händedesinfektionsmittel <small>Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen</small>	54.99.02.0001	100 ml	
Flächendesinfektionsmittel <small>Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen</small>	54.99.02.0002	100 ml	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ -hygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.			
saugende Bettschutzeinl., wiederverwendbar	51.40.01.4124	1 Stück	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von dem Leistungserbringer provita arndt GmbH (IK-Nr. 331300722) umfassend beraten wurde und die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson verwendet werden.

X Datum, Unterschrift Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk Pflegekasse (Wird durch die Pflegekasse ausgefüllt)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54
bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung
bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigt |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeber. |

Datum, IK, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse