

Auswahl CDG Schatzkiste

Wählen Sie eine Schatzkiste, die auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist.



Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Versichertennummer:

Frau Herr Vorname:

Name:

Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt über Ortsamt/Sozialamt versichert

Versicherte(r) bezieht: Pflegesachleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet)
 Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht)
 Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)

Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung des Pflegegrads erfolgte im Monat: Jahr:

Angehörige(r) oder private Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

Frau Herr Vorname:

Name:

Straße/Nr.:

Telefon:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r) Betreuer(in)
Pflegeperson ist als Betreuer(in) gerichtlich bevollmächtigt: ja nein

Pflegedienst

Bitte nennen Sie nach Möglichkeit den betreuenden Pflegedienst

Name der Pflegedienststelle:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung erfolgt an: die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) den Pflegedienst



Schatzkiste

Für Sie zur Auswahl

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Schatzkiste und die benötigte Handschuhgröße an

A Persönlicher Schutz

50 St. Mundschutz weiß, 3-lagig
100 St. Einmal-Schürzen, Folie
500 ml Händedesinfektion
200 St. Nitril-Handschuhe, violett
Größe: S M L XL

B Hygiene/Desinfektion

500 ml Händedesinfektion
200 St. Nitril-Handschuhe, violett
Größe: S M L XL

C Rundum-Pflege

500 ml Händedesinfektion
100 St. Einmal-Schürzen, Folie
30 St. Einmal-Bettschutzeinlagen
100 St. Nitril-Handschuhe, violett
Größe: S M L XL

D Inkontinenz „Standard“

500 ml Flächendesinfektion
60 St. Einmal-Bettschutzeinlagen
100 St. Nitril-Handschuhe, violett
Größe: S M L XL

E Inkontinenz „Pflege“

500 ml Händedesinfektion
60 St. Einmal-Bettschutzeinlagen
100 St. Nitril-Handschuhe, violett
Größe: S M L XL

F Inkontinenz „Extra-Schutz“

90 St. Einmal-Bettschutzeinlagen

Sie haben Interesse an den folgenden Produkten? Bitte rufen Sie uns an: 02196/ 72 14-458. Wir beraten Sie gerne!

Individuelle Schatzkiste Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar
 Schutzschürzen, wiederverwendbar ca. 2-4 Stück/Jahr zusätzlich

Bitte achten Sie unbedingt darauf, das Formular **vollständig** auszufüllen, um Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrags zu vermeiden!

X

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Antrag auf Kostenübernahme



Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln
gem. § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI Anlage 4

Versicherte/r: Herr Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort:

Telefon

E-Mail

Pflegekasse, Vers.Nr.

Pflegegrad
1 2 3 4 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54 bis maximal 40€ bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20€ monatlich). Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen, zum Einmalgebrauch	54.45.01.0001 (12,79€)
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001 (6,19€)
Fingerlinge, zum Einmalgebrauch	54.99.01.0001 (4,71€)
Händedesinfektion	54.99.02.0001 (7,85€)
Mundschutz, zum Einmalgebrauch	54.99.01.2001 (7,10€)
Flächen-Desinfektion	54.99.02.0002 (6,15€)
Schutzschürzen, zum Einmalgebrauch	54.99.01.3001 (12,16€)
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002 (25,19€)

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	54.45.01.0001 (24,54€)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers:

Name und Anschrift des Leistungsbringers:

CDG GmbH

Adolf-Flöring-Straße 22, 42929 Wermelskirchen

Institutionskennzeichen (IK):

332532804

Genehmigungsvermerk

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG54 bis 40€ monatlich
 PG54 bis 20€ monatl./Beihilfeberechtigung
 PG51 mit Zuzahlung
 PG51 ohne Zuzahlung
 PG51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung
 PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

Institutionskennzeichen der Pflegekasse:

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse: