

1.1 Angaben zum Versicherten (Pflegebedürftigen)

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau	Herr		
Name:		Vorname:	
Straße / Nr.:		PLZ / Ort:	
Telefon:		E-Mail:	

1.2 Angaben zur Pflegeperson (Angehörige bzw. Betreuer)

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau	Herr				
Name:		Vorname:			
Straße / Nr.:		PLZ / Ort:			
Telefon:		E-Mail:			
Pflegeperson ist:	Ehe-/Lebenspartner	Mutter/ Vater	(Schwieger-)Tochter/Sohn	Schwester/Bruder	Enkel/in
	Betreuer	Freund(in)/Bekante(r)	Sonstige:		
Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt?	ist bevollmächtigt	ist nicht bevollmächtigt			









1.3 Angaben zum Pflegedienst / zur Sozialstation

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name des Pflegedienstes:		PLZ / Ort:	
Straße / Nr.:		E-Mail:	
Telefon:			

1.4 Auswahl des Pflegekorbes

(Bitte den passenden Pflegekorb ankreuzen)

	1 x Bettwäsche zum Einmalgebrauch (25 Stück) 1 x Fingerlinge (100 Stück) 1 x Einmalhandschuhe (100 Stück) 1 x Mundschutz (50 Stück) 1 x Händedesinfektionsmittel (500 ml) 1 x Flächendesinfektionsmittel (500 ml)		1 x Einmalhandschuhe (100 Stück) 1 x Mundschutz (50 Stück) 1 x Schutzschürzen zum Einmalgebrauch (100 Stück) 1 x Händedesinfektionsmittel (500 ml) 1 x Flächendesinfektionsmittel (500 ml)																																								
	1 x Bettwäsche zum Einmalgebrauch (25 Stück) 1 x Einmalhandschuhe (100 Stück) 1 x Mundschutz (50 Stück) 2 x Händedesinfektionsmittel (je 500 ml)		3 x Bettwäsche zum Einmalgebrauch (je 25 Stück) 1 x Händedesinfektionsmittel (500 ml)																																								
	2 x Bettwäsche zum Einmalgebrauch (je 25 Stück) 1 x Einmalhandschuhe (100 Stück) 1 x Mundschutz (50 Stück) 1 x Flächendesinfektionsmittel (500 ml)		1 x Mundschutz (50 Stück) 1 x Schutzschürzen zum Einmalgebrauch (100 Stück) 1 x Händedesinfektionsmittel (500 ml) 2 x Flächendesinfektionsmittel (je 500 ml)																																								
	2 x Einmalhandschuhe (je 100 Stück) 1 x Mundschutz (50 Stück) 1 x Händedesinfektionsmittel (500 ml) 2 x Flächendesinfektionsmittel (je 500 ml)																																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Individueller Pflegekorb (max. für 40,00 €)</th> <th>EP in €</th> <th>Anzahl</th> <th>GP in €</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25 St. Bettwäsche zum Einmalgebrauch</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100 St. Fingerlinge</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100 St. Einmalhandschuhe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50 St. Mundschutz</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100 St. Schutzschürzen zum Einmalgebrauch</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>500 ml Händedesinfektionsmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>500 ml Flächendesinfektionsmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">GESAMTSUMME in €:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">(Erstattung durch die Pflegekasse)</td> </tr> </tbody> </table>		Individueller Pflegekorb (max. für 40,00 €)	EP in €	Anzahl	GP in €	25 St. Bettwäsche zum Einmalgebrauch				100 St. Fingerlinge				100 St. Einmalhandschuhe				50 St. Mundschutz				100 St. Schutzschürzen zum Einmalgebrauch				500 ml Händedesinfektionsmittel				500 ml Flächendesinfektionsmittel				GESAMTSUMME in €:				(Erstattung durch die Pflegekasse)			
Individueller Pflegekorb (max. für 40,00 €)	EP in €	Anzahl	GP in €																																								
25 St. Bettwäsche zum Einmalgebrauch																																											
100 St. Fingerlinge																																											
100 St. Einmalhandschuhe																																											
50 St. Mundschutz																																											
100 St. Schutzschürzen zum Einmalgebrauch																																											
500 ml Händedesinfektionsmittel																																											
500 ml Flächendesinfektionsmittel																																											
GESAMTSUMME in €:																																											
(Erstattung durch die Pflegekasse)																																											

1.5 Handschuhgröße und Handschuhmaterial

(Bitte die passende Größe und Material ankreuzen)

Größe der Einmalhandschuhe:	S	M	L	XL
Material der Einmalhandschuhe:	Latex	Nitril		

1.6 Lieferadresse

(Bitte die gewünschte Lieferadresse ankreuzen)

Lieferung an:	den Versicherten	die Pflegeperson	den Pflegedienst
Individuelle Liefermodalitäten können Sie mit uns gern besprechen. Dazu rufen Sie uns bitte unter 02102 / 876 28 41 an.			

1.7 Beauftragung

(Bitte durchlesen und unterschreiben)

Die von mir getroffene Auswahl des Pflegekorbes ist nicht bindend, sondern kann jeden Monat durch mich oder durch den gesetzlich bevollmächtigten Betreuer neu festgelegt werden. Den Änderungsbedarf werde ich rechtzeitig der TISIN-Produkte UG h.b. (Inhaber von pflgekorb.de) mitteilen.

Ich beauftrage TISIN-Produkte UG h.b. mit der Lieferung der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bei einem Widerruf der Bewilligung ist die TISIN-Produkte UG h.b. berechtigt die Lieferung einzustellen.

Hiermit bevollmächtige ich die unter Pkt. 1.2 eingetragene Pflegeperson bzw. den unter Pkt. 1.3 eingetragenen Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegekörbe (Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel)



TISIN-Produkte UG h.b.
Sandstr. 63,
40878 Ratingen
IK-Nummer: 330 5000 50

Tel.: 02102 876 28 41
Fax: 02102 87632 29
E-Mail: info@pflgekorb.de
www.pflgekorb.de

Datum, Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

2.1 Angaben zum Versicherten (Pflegebedürftigen)

(Pflichtfeld, bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau Herr Name: Vorname: Geburtsdatum: Straße / Nr.: PLZ / Ort:	Pflegekasse: ≠ Bi a Yf: Versicherten-Nr.: Pflegestufe bzw. Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5
---	---

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

2.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | Zutreffendes bitte Ankreuzen | Pflegehilfsmittelpostionsnummer

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes bitte Ankreuzen	Pflegehilfsmittelpostionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)		54.45.01.0001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)		54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)		54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.

2.3 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | Benötigte Stückzahl | Pflegehilfsmittelpostionsnummer

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpostionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)		51.40.01.4__

Ich beauftrage TISIN-Produkte UG h.b. (Leistungserbringer) mit der Lieferung der oben genannten zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die TISIN-Produkte UG h.b. mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel und streichen Sie (sofern vorhanden) meinen bisherigen Leistungserbringer. Die TISIN-Produkte UG h.b. darf meine Daten, gemäß datenschutzrechtlichen Bestimmungen, zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

2.4 Angaben zum Leistungserbringer



TISIN-Produkte UG h.b.
 Sandstr. 63, 40878 Ratingen
 Tel.: 02102 / 876 28 41
 Fax: 02102 / 876 32 29

E-Mail: info@pflegekorb.de
 www.pflegekorb.de
 www.tisin-produkte.de
IK-Nummer: 330 5000 50

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden dürfen.

.....
 Datum, Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

2.5 Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(Bitte frei lassen, wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis max. 40,00 Euro monatlich
- PG 54 bis max. 20,00 Euro monatlich / Beihilfeberechtigung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

IK der Pflegekasse:

.....
 Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse