

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

Daten des Versicherten

Name, Vorname

Anschrift: Straße, Hausnummer

Pflegekasse

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Versichertennummer

Leistungserbringer bzw. Versorger

Kohler ECM-Technik GmbH - humativ

Gewerbestraße 5, 74214 Schöntal

Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers

Ich beantrage die Kostenübernahme für: (hier bitte nur ankreuzen, welche Pflegehilfsmittel (Produktgruppe/n) beantragt werden soll/en)

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

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
100 Stück Nitrilhandschuhe, Größe S M L.; 11,80 Euro	54.99.01.1001
100 Stück Mundschutz; 13,92 Euro	54.99.01.2001
50 Stück Mundschutz Noba OP Maske blau, 52,84 Euro	54.99.01.2001
10 Stück Mundschutz Nobaprotect FFP3 mit Ventil 54,52 Euro	54.99.01.2001
1 Stück Bettschutzeinlage waschbar 85x90 cm, 17,89 Euro	54.45.01.0001
500 ml Händedesinfektion, 5,99 Euro	54.99.02.0001
500 ml Flächendesinfektion, 5,98 Euro	54.99.02.0002
1 Stück Schutzschürzen, wiederverwendbar, 14,95 Euro	54.99.01.3002
RIBOCARE(R) Krankenunterlage, 60x90 cm, 12,92 Euro	51.40.01.4

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

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4...

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

WIRD VON DER PFLEGEKASSE AUSGEFÜLLT!

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung

Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

Datum

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

IK-Nummer der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Erklärung zum Erhalt eines Pflegehilfsmittels

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name der Pflegekasse	Kennnummer der Pflegekasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Anschrift der Pflegekasse (Postfach oder Straße, PLZ, Ort)	Telefonnummer Pflegekasse	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname des Versicherten	Telefonnummer Ansprechpartner/in	Ansprechpartner/in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift des Versicherten: Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherten- bzw. Pflegeversichertennummer	Geburtsdatum	E-Mail Ansprechpartner/in

Kohler ECM-Technik GmbH humativ

Name des Leistungserbringers

XXXXXXXXXXXX
(IK des Leistungserbringers)

Gewerbestraße 5, 74214 Schöntal, +49 (0)7943 / 94321-0

Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mir heute _____ im augenscheinlich hygienisch und einwandfreiem Zustand nachfolgend aufgeführte zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich – in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels eingewiesen. Hier bitte die einzelnen Produkte sowie die Anzahl angeben.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer		Anzahl	Gesamtpreis (€) - wird vom Leistungserbringer ausgefüllt -
	Menge / Verpackungseinheit	Preis		
Nitrilhandschuhe, Größe S M L	100 Stück 54.99.01.1001	11,80 Euro		
Mundschutz	100 Stück 54.99.01.2001	13,92 Euro		
Mundschutz Noba OP Maske blau,	50 Stück 54.99.01.2001	52,84 Euro		
Mundschutz Nobaprotect FFP3 mit Ventil	10 Stück 54.99.01.2001	54,52 Euro		
Bettschutzeinlage waschbar 85x90 cm,	1 Stück 54.45.01.0001	17,89 Euro		
Händedesinfektion,	500 ml 54.99.02.0001	5,99 Euro		
Flächendesinfektion,	500 ml 54.99.02.0002	5,98 Euro		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	1 Stück 54.99.01.3002	14,95 Euro		
RIBOCARE(R) Krankenunterlage, 60x90 cm	51.40.01.4	12,92 Euro		

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahme-erklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Datum / Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder des Vertreters

Anhang zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften der DSGVO Art. 1 Ihre Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben oder für Werbezwecke verwendet.

Zweck der Datenerhebung und Weitergabe an Dritte

Die erhobenen Daten dürfen ausschließlich gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, zur Erfüllung des Vertrags oder vorvertraglicher Maßnahmen verwendet werden sowie für deren Dokumentation. Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit, kann aber mit einer Frist von 14 Tagen zum Monatsende gekündigt werden. Die personenbezogenen Daten werden für den Zeitraum der Vertragslaufzeit verwendet und in unserer Datenbank gespeichert. Die erhobenen Daten werden nach Beendigung des Versorgungsauftrags gelöscht, sofern gesetzliche Aufbewahrungsfristen nicht dagegen sprechen.

Kranken- bzw. Pflegekasse

Die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten, die im Rahmen des Vertrags über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI von der humativ, Peter-Anders-Straße 42, 81245 München, erhoben werden, werden zur vertragsgemäßen Abrechnung an die Kranken- bzw. Pflegekasse weitergegeben.

Versanddienstleister

Zur Sicherstellung der Versorgung/Belieferung werden Ihr Vorname, Nachname, die Adresse und, sofern vorhanden, die E-Mailadresse an den Transportdienstleister DHL (Deutsche Post AG, Charles-de-Gaulle-Straße 20, 53113 Bonn) weitergegeben.

Ihre E-Mail-Adresse bzw die Ihres Ansprechpartners gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO gibt der Leistungserbringer vor der Zustellung der Ware zum Zwecke der Abstimmung eines Liefertermins bzw. zur Lieferankündigung an DHL weiter, sofern eine E-Mail-Adresse angegeben wurde. Anderenfalls wird der Leistungserbringer zum Zwecke der Zustellung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO nur den Namen des Empfängers und die Lieferadresse an DHL weitergeben. Die Weitergabe erfolgt nur, soweit dies für die Warenlieferung erforderlich ist. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung gegenüber dem Transportdienstleister DHL widerrufen werden. In diesem Fall ist eine vorherige Abstimmung des Liefertermins mit DHL bzw. die Lieferankündigung nicht möglich bzw. auch eine ordnungsgemäße Zustellung nicht mehr möglich.

Wichtige Zusatzinformationen

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

humativ

Peter-Anders-Straße 42

81245 München

Telefon: +49 (0)7943 / 94321-0

Mobil: +49 (0)176 180 00 180

E-Mail: info@humativ.de

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart HRB 590702

Geschäftsführer: Gerhard Kohler, Armenui Kohler

Sitz der Gesellschaft: Schöntal

Ust-ID: DE 208 063 344