

## Schritt-für-Schritt-Anleitung

Wenn Sie als Pflegebedürftiger zuhause gepflegt werden und Leistungen aus den Pflegestufen I, II oder III empfangen, bekommen Sie das Pflege-Paket kostenfrei nach Hause gesandt. Folgen Sie einfach den folgenden Anweisungen:



- 1** Antragsformular ausfüllen und unterschreiben



- 2** Antragsformular an uns zurücksenden:  
SunaCare GmbH | Uhlandstraße 175 | 10719 Berlin



- 3** Pflege-Paket über unseren Partner kostenlos zugesendet bekommen.



# Antrag auf Kostenübernahme

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)



## Versicherter:

Name:	<input type="text"/>	Pflegekasse	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	Pflegestufe:	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>

## Antrag

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel, Produktgruppe (PG 54), bis max. 31,00 € bei Beihilfeberechtigung bis max. 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte benötigte Artikel und Anzahl geben:

Von der Pflegekasse auszufüllen!

werden benötigt	benötigte Anzahl	Einheit	Artikel	Genehmigte Anzahl	Genehmigung Pflegekasse
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	je 50 Stk.	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	je 100 Stk.	Eimalhandschuhe		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	je 50 Stk.	Mundschutz (Einmalgebrauch)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	je 100 Stk.	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	je 500 ml	Händedesinfektionsmittel		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	je 500 ml	Flächendesinfektionsmittel		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Ich beauftrage die PflegeWelt GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die PflegeWelt GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie vorhandene Lieferanten. Gleichzeitig beauftrage ich die PflegeWelt GmbH hiermit meine Kostenerstattungsansprüche gem. §40 Abs. 2 Satz 2 SGB XI direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen und trete diese hiermit bis auf Widerruf in Höhe von maximal 31,00 Euro monatlich, bzw. bei Beihilfeberechtigung in Höhe von maximal 15,50 Euro monatlich an die PflegeWelt GmbH ab. Ich beauftrage die PflegeWelt GmbH, den von mir gestellten Antrag auf Kostenerstattung für Pflegehilfsmittel gem. §40 Abs. 2 SGB XI zu prüfen und anschließend an meine Pflegekasse weiterzuleiten.

Gleichzeitig erteile ich der PflegeWelt GmbH hiermit den Auftrag und die Vollmacht, den Bescheid meiner Pflegekasse entgegenzunehmen, zu prüfen evtl. Rücksprache mit meiner Pflegekasse zu nehmen und den Bescheid zusammen mit der Bestellung an die PflegeWelt GmbH weiterzuleiten. Die PflegeWelt GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

## Genehmigungsvermerke der Pflegekasse:

- PG 54 bis 31,00 € monatlich  
 PG 54 bis 15,00 € monatlich

(IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift)

(Ort und Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

# Bestellung Pflege-Paket

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln  
gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)



**Besteller:** (wie Antragsteller Kostenübernahme)

(Vom Versicherten/bevollmächtigten Betreuer auszufüllen.)

Herr  Frau Name:  Vorname:

Die Pakete werden nach Zusicherung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse an Sie versendet.  
Jedes Paket hat immer den Wert von 31,00 €. Ihnen entstehen keine Kosten.

**Welches Paket möchten Sie als erstes erhalten?**

(Sie können jeden Monat ein neues Paket wählen.)

<b>Paket 1</b> <input type="checkbox"/> 25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<b>Paket 2</b> <input type="checkbox"/> 100 Schutzschürzen 100 Einmalhandschuhe 50 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion	<b>Paket 3</b> <input type="checkbox"/> 50 Bettschutzeinlagen 500 ml Händedesinfektio
<b>Paket 4</b> <input type="checkbox"/> 75 Bettschutzeinlagen	<b>Paket 5</b> <input type="checkbox"/> 200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<b>Paket 6</b> <input type="checkbox"/> 50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe

**Pflegeperson, z.B. Angehörige(r)**

Handschuhe in Größe:

S  M  L

Name:   
Vorname:   
Straße/Nr:   
PLZ/Ort:

E-Mail:

## Lieferadresse

Ich möchte mein Pflege-Paket geliefert bekommen (bitte ankreuzen)

an meine eigene Adresse (bitte prüfen, ob Annahme problemlos möglich ist)  
 an die obige Adresse meiner Angehörigen

## Information

Ich weiß, dass ich das kostenlose Pflege-Paket dauerhaft nur erhalten kann, wenn meine Pflegekasse meinen Antrag auf Kostenübernahme bewilligt hat. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die PflegeWelt GmbH die Lieferung beenden. Ich kann jeden Monat neu festlegen, welches Pflege-Paket ich erhalten möchte. Dazu werde ich der PflegeWelt GmbH (per Telefon, Mail, Post) bzw. meinem Pflegedienst rechtzeitig meinen Änderungsbedarf mitteilen. Sie haben unsere Garantie, dass Sie keinerlei Verpflichtung eingehen und dass keine Kosten für Sie anfallen, die nicht von der Pflegekasse übernommen werden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

SUNA

# Antrag auf Kostenübernahme

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)



## Versicherter:

Name:	Muster	Pflegekasse	Muster Pflegekasse
Vorname:	Max	Versicherten-Nr.:	123456789
Straße/Nr.:	Musterweg 1	Pflegestufe:	0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
PLZ/Ort:	12345 Musterstadt	Geburtsdatum:	24.12.1950

**i** Sie müssen nicht zwingend eine Pflegestufe haben um das Pflege-Paket zu erhalten!

## Antrag

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel, Produktgruppe (PG 54), bis max. 31,00 € bei Beihilfeberechtigung bis max. 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte benötigte Artikel und Anzahl geben:

Von der Pflegekasse auszufüllen!

werden benötigt	benötigte Anzahl	Einheit	Artikel	Genehmigte Anzahl	Genehmigung Pflegekasse
<input checked="" type="checkbox"/>	50	je 50 Stk.	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/>	100	je 100 Stk.	<b>i</b> Jedes Paket hat immer den Wert 31 € Es entstehen Ihnen keine Kosten!		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/>	50	je 50 Stk.	<b>i</b> Geben Sie hier an, welche Artikel Sie für Ihre Pflege benötigen		<b>Wird von der Pflegekasse ausgefüllt!</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	100	je 100 Stk.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/>	500	je 500 ml	Händedesinfektionsmittel		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/>	500	je 500 ml	Flächendesinfektionsmittel		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Ich beauftrage die PflegeWelt GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die PflegeWelt GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie vorhandene Lieferanten. Gleichzeitig beauftrage ich die PflegeWelt GmbH hiermit meine Kostenerstattungsansprüche gem. § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB XI direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen und trete diese hiermit bis auf Widerruf in Höhe von maximal 31,00 Euro monatlich, bzw. bei Beihilfeberechtigung in Höhe von maximal 15,50 Euro monatlich an die PflegeWelt GmbH ab. Ich beauftrage die PflegeWelt GmbH, den von mir gestellten Antrag auf Kostenerstattung für Pflegehilfsmittel gem. § 40 Abs. 2 SGB XI zu prüfen und anschließend an meine Pflegekasse weiterzuleiten.

Gleichzeitig erteile ich der PflegeWelt GmbH hiermit den Auftrag und die Vollmacht, den Bescheid meiner Pflegekasse entgegenzunehmen, zu prüfen evtl. Rücksprache mit meiner Pflegekasse zu nehmen und den Bescheid zusammen mit der Bestellung an die PflegeWelt GmbH weiterzuleiten. Die PflegeWelt GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

## Genehmigungsvermerke der Pflegekasse:

- PG 54 bis 31,00 € monatlich  
 PG 54 bis 15,00 € monatlich

**Wird von der Pflegekasse ausgefüllt!**

(IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift)

Musterstadt, 01.02.2014

(Ort und Datum)

Max Muster

(Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)