



23617 Stockelsdorf
Georg-Ohm-Straße 6
www.formflex.de

Tel. 0451.889 62 - 0
Fax 0451.889 70 14
reha@formflex.de

An t r a g auf Kostenübernahme (gem. Anlage 4 zum Versorgungsvertrag)

An die Pflegekasse: Name..... **Ort**..... **Statistik-Nr**.....

Bitte möglichst Druckbuchstaben, damit gut lesbar!

Name, Vorname des **Versicherten** Geburtsdatum Versicherungsnummer **Pflegegrad**

Straße PLZ, Ort Vorwahl/Telefon

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach SGB XI, § 40 Abs.2 bis maximal € 40,- monatlich/ bei Beihilfeanspruch € 20,- monatlich. Mehrkosten zahle ich selbst.								
			Ich benötige etwa je nach Bedarf			Bewilligung der Pflegekasse		
Artikel	Verpackungs-Einheit	Preise	ja		ungefähre Menge (kann abweichen)	ja	nein	
12lagige Bettschutzeinlagen - zum Einmalgebrauch	72 Stück	€ 30,24						
Fingerlinge ungepudert	100 Stück	€ 5,50						
Einmalhandschuhe ungepudert	100 Stück	€ 7,00						
Mundschutz	50 Stück	€ 7,00						
Einmal-Schutzschürzen	100 Stück	€ 13,00						
Wieder verwendbare Schutzschürzen	Stück	€ 25,00						
Händedesinfektionsmittel	500 ml	€ 8,00						
Flächendesinfektionsmittel	1000 ml	€ 11,50						

Ich bestätige hiermit, dass die Mittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene und zur Abwehr von Infektionen durch Dritte (Prävention) und zum Schutz der privaten Pflegekräfte im angegebenen Umfang benötigt und ausschließlich für meine ambulante Pflege verwendet werden. Der Bedarf ist unregelmäßig und wird von mir jeweils bei meinem Lieferanten angefordert. Die Kosten sollen vom Leistungserbringer (FormFlex GmbH, Georg-Ohm-Str.6, 23617 Stockelsdorf, IK Nr. 460 112 447, Tel. 0451.88962-0, Fax 0451.8897014) direkt mit der Pflegekasse gegen Vorlage der Empfangsbescheinigung/ Versandbestätigung abgerechnet werden (Vdak 1.5.02).

Datenschutzhinweis:
Hiermit erteile ich die Einwilligung in die Erhebung und Nutzung meiner vorstehend aufgegebenen Daten gemäß den Datenschutzbestimmungen der FormFlex GmbH. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und widerrufbar. Ich bin jedoch darauf hingewiesen worden, dass eine Verweigerung der Einwilligung bzw. deren Widerruf dazu führen kann, dass die FormFlex GmbH den Auftrag nicht übernehmen bzw. nicht fortsetzen kann. Im Falle eines Widerrufs beschränkt sich die FormFlex GmbH auf den zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten notwendigen Umfang. Die Einwilligung erfolgt unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, dass die FormFlex GmbH ihrer Verpflichtung nachkommt, meine Daten gegen den unbefugten Zugriff durch Dritte zu schützen und diese nicht an Dritte weiterzugeben, die keinen Bezug zum erteilten Auftrag haben.

Ich habe meinen Pflegedienst oder eine andere Vertrauensperson beauftragt, diesen Antrag für mich an meinen Lieferanten (Leistungserbringer) zu schicken.

.....
Datum und Unterschrift des/der Pflegebedürftigen,
dessen ges. Betreuers oder einer Vertrauensperson

.....
IK der Pflegekasse

Bewilligung bis zu 40,00 €
monatlich bis zu 20,00 €
ab Antragsdatum

Datum, Stempel, Unterschrift (deutlich) und Telefon der Pflegekasse