



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

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

**A n 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  | ungefähre Menge (kann abweichen) |  |  | ja                          | nein |  |  |  |
|   |                     |         | ja                               |  |  |                             |      |  |  |  |
| 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, 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

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

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