

1

BESTELLFORMULAR

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

+ VERSICHERTE/R: (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

Frau Herr Vorname Nachname:

ANGEHÖRIGE/R: (bzw. wichtige private Pflegeperson oder der/die Betreuer/in)

Frau Herr Vorname: Nachname:

Straße, Haus - Nr.: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

E-Mail: Telefon:

+ LIEFERUNG DER BOX AN:

den Versicherten den Angehörigen

+ AUSWAHL DES PFLEGESETS:

PFLEGESET

Bitte Stückzahl angeben

FFP2 Masken

Flächendesinfektionsmittel

Händedesinfektionsmittel

Bettscutzeinlagen

Einmalhandschuhe

Mundschutz

Schutzschürzen

Fingerlinge

2 in 1 Hände- und Flächen-
desinfektionstücher

Flächendesinfektionstücher

HANDSCHUHGRÖSSEN:

S M L XL

HANDSCHUHMATERIAL

Nitril Vinyl Latex

BEI UNS: ZUSÄTZLICHE WIEDERVERWENDBARE BETTSCHUTZEINLAGEN

+ 100 % kostenlos + Bis zu 300 Mal waschbar (Siehe Anlage 2)

Hiermit beauftrage ich die WISADA Pflegehilfsmittel GmbH, Tschelinstraße 21, 79331 Teningen, Tel: 0761 76 99 78 00; Handelsregister-Nr.: HRB727478; Geschäftsführer: Kava Adanur, Luca Wissmann, Mervan Adanur mit der Beauftragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/In, Leistungsnehmern meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gem. § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die WISADA PFLEGEHILFSMITTEL GmbH ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die WISADA Pflegehilfsmittel GmbH zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzhinweise (einzusehen: <https://www.pflageset.de/datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an info@pflageset.de) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB der WISADA Pflegehilfsmittel GmbH und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzusehen beiliegende AGB). Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der WISADA Pflegehilfsmittel GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.



DATUM



UNTERSCHRIFT



2

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR ZUM VERBRAUCH BESTIMMTER PFLEGEHILFSMITTEL

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

+ VERSICHERTE/R: (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

Denken Sie an **Krankenkassen-** und **Versichertennummer**

Frau Herr Vorname*:

Nachname*:

Straße, Haus - Nr.*:

Adresszusatz:

PLZ*:

Ort*:

Kunden-Nr.:

E-Mail:

Telefon*:

Geburtsdatum*:

Krankenkasse*:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Versicherten-Nr.:

+ ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME:

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.

ZUM VERBRAUCH BESTIMMTE PFLEGEHILFSMITTEL

POSITIONSNR.:

Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
Mundschutz (MNS)	54.99.01.2001
Mundschutz (FFP2)	54.99.01.5001
Fingerlinge	54.99.01.0001

+ WIEDERVERWENDBARE BETTSCHUTZEINLAGEN:

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.



STÜCKZAHL				PFLEGEHILFSMITTEL	POSITIONSNR.:
1	2	3	4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.41



DATUM



UNTERSCHRIFT

Hiermit bevollmächtige ich die WISADA Pflegehilfsmittel GmbH (Pflageset) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die WISADA Pflegehilfsmittel GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der WISADA Pflegehilfsmittel GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die WISADA Pflegehilfsmittel GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Hiermit bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

+ GENEHMIGUNGSVERMERK DER PFLEGEKASSE (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis 40, - € monatlich

IK # 330803660

PG 54 bis 20, - € monatlich

PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter

PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zzlg.

PG 51 mit Zzlg.



DATUM



IK-NR. DER PFLEGEKASSE



STEMPEL/UNTERSCHRIFT

