



Gemeinsam gegen Corona - Eine Initiative von Pflegehelden und dem Pflege-Paket

Sie pflegen einen Angehörigen mit Pflegestufe?

Mit dem Pflege-Paket erhalten Sie jeden Monat Pflegehilfsmittel wie FFP2-Masken oder anderen Mundschutz, Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe – ganz nach Ihrem persönlichen Bedarf.

Wie funktioniert das?

- Wir liefern Ihnen die Pflegehilfsmittel jeden Monat im Wert von bis zu 40 Euro nach Hause.
- Als Vertragspartner der gesetzlichen Pflegekassen rechnen wir die Pflegehilfsmittel direkt mit den Kassen ab. Sie müssen auch keine Kosten verauslagern und es fallen keine Versandkosten an.
- Sie benötigen dafür kein Rezept Ihres Arztes und können jeden Monat neu wählen, welche Pflegehilfsmittel Sie benötigen.

Wichtig zum Schutz vor Corona: Mit dem Pflege-Paket können Sie zum Beispiel je Monat 15 FFP2-Masken und 500 ml Händedesinfektion beziehen.

Um unseren Service zu nutzen, müssen Sie lediglich die beiden beiliegenden Formulare ausfüllen und unterschrieben an uns zurücksenden. Um alles weitere kümmern wir uns, auch um die Abstimmung mit Ihrer Pflegeversicherung. Dieser Service ist für Sie vollkommen kostenlos.

Sollten Sie noch Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns anzurufen unter der Telefonnummer **040 – 309 233 18**. Oder schreiben Sie uns eine E-Mail an service@pflege-paket.de.

Übrigens: Diese Pflegehilfsmittel sind in unserem Pflege-Paket enthalten:



FFP2-Masken



Händedesinfektion



Handschuhe



Flächendesinfektion



Mundschutz



Schürzen



Bettschutz

So einfach erhalten Sie Ihre Pflegehilfsmittel
von unserem Partner, der PflegeWelt:

1

Füllen Sie beide Seiten des beiliegenden Formulars aus.

Kreuzen Sie in dem Antrag an, welche Pflegehilfsmittel Sie aktuell und künftig voraussichtlich benötigen, und unterschreiben Sie beide Formulare.

2

Falten Sie das vollständig auf Vorder- und Rückseite ausgefüllte Formular, stecken Sie es in den beiliegenden Rücksendeumschlag und werfen Sie diesen anschließend in einen Post-Briefkasten. Das Porto übernehmen wir.

Oder faxen Sie das beidseitig ausgefüllte Formular mit Vorder- und Rückseite an: 0800–72 39 87 06

3

Wir erledigen die weiteren Formalitäten mit Ihrer Pflegekasse.

Nach zwei bis drei Wochen erhalten Sie Ihr erstes Pflege-Paket frei Haus; und anschließend jeden Monat ein weiteres Paket mit den von Ihnen benötigten Pflegehilfsmitteln.

Haben Sie noch Fragen?

 **040 – 309 233 18**  **service@pflege-paket.de**

Darauf können Sie sich verlassen:

Sie zahlen keinen Cent – wir rechnen direkt mit der Pflegekasse ab.

Antrag auf Kostenübernahme

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße und Nr., PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Bitte benötigte Artikel ankreuzen:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Partikelfiltrierende Halbmasken FFP2	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

PflegeWelt GmbH, Rathausstraße 2, 20095 Hamburg

(Name und Anschrift)

IK-330204391

(Institutionskennzeichen)

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.

X

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

IK-330204391

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54**
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung**
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Bestellung Pflege-Paket

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Besteller: (wie Antragsteller Kostenübernahme)

(Vom Versicherten/bevollmächtigten Betreuer auszufüllen.)

Herr Frau

(Name, Vorname)

Welches Paket möchten Sie als erstes erhalten?

(Sie können jeden Monat eine neue Zusammenstellung wählen.)

Corona-Paket 1	<input type="checkbox"/>
25 FFP2-Masken 500 ml Händedesinfektion	

Paket – Beispiel 1	<input type="checkbox"/>
50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	

Paket – Beispiel 2	<input type="checkbox"/>
50 Bettschutzeinlagen 3 x 500 ml Händedesinfektion	

Corona-Paket 2	<input type="checkbox"/>
15 FFP2-Masken 500 ml Händedesinfektion 100 Einmalhandschuhe	

Paket – Beispiel 3	<input type="checkbox"/>
200 Einmalhandschuhe 2 x 500 ml Händedesinfektion 2 x 500 ml Flächendesinfektion	

Paket – Beispiel 4	<input type="checkbox"/>
50 Bettschutzeinlagen 300 Einmalhandschuhe	

Ich benötige eine abweichende, individuelle Zusammenstellung. (Wir kontaktieren Sie, um Ihren individuellen Bedarf abzustimmen.)

Einmalhandschuhe bitte in der Größe: S M L XL

Pflegeperson, z.B. Angehörige(r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Name, Vorname)	(Telefon)	(E-Mail, optional)

(Anschrift: Straße und Nr., PLZ, Wohnort)

Lieferadresse

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

an meine eigene Adresse an die obige Adresse der Pflegeperson

Ich beauftrage die PflegeWelt GmbH mit der Lieferung von Pflegehilfsmitteln gem. §§ 78 I i. V. m. 40 II SGB XI sowie mit der Abrechnung der Kosten mit meiner Pflegekasse. Zudem bevollmächtige ich die PflegeWelt GmbH, den von mir gestellten Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel an meine Pflegekasse weiterzuleiten, den Bescheid der Pflegekasse entgegenzunehmen und ggf. Rücksprache mit der Pflegekasse zu halten. Zum Zweck der Vertragserfüllung und der Abrechnung dürfen meine persönlichen Daten durch die PflegeWelt GmbH und die von ihr beauftragten Unternehmen erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

In Bezug auf Ihre Daten steht Ihnen ein jederzeitiges Auskunftsrecht gegenüber der PflegeWelt GmbH zu. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit durch Anruf (Tel.: 040-309 23318), Brief (PflegeWelt GmbH, Rathausstraße 2, 20095 Hamburg), Fax (0800 72398706) oder per E-Mail (service@pflege-paket.de) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort und Datum)

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)



Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

PflegeWelt GmbH
Rathausstraße 2

20095 Hamburg

Senden Sie uns Ihre Anträge ganz einfach kostenfrei zu:

- 1** Die Formulare »Bestellung Pflege-Paket« und »Antrag auf Kostenübernahme« ausfüllen.
- 2** Die Kuvertvorlage ausschneiden und auf einen Briefumschlag kleben.
- 3** Den Umschlag inklusive aller Formulare abschicken. Das Porto übernehmen wir für Sie!

Alternativ können Sie uns die ausgefüllten Formulare auch per Fax oder eingescannt per E-Mail zurücksenden.



Per Mail
service@pflege-paket.de



Per Fax
0800-72 39 87 06