



# MEDI-CENTER

beraten · betreuen · versorgen

...seit über 40 Jahren

David-Roentgen-Straße 2-4 · 56073 Koblenz  
Telefon 0261 46091-96 · Telefax 0261 46091-55  
www.medi-center.de

## Das Pflegehilfsmittelpaket

### Sie haben einen Pflegegrad oder pflegen einen Angehörigen mit Pflegegrad zuhause?

Dann haben Sie gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4) Anspruch auf Kostenübernahme der dafür nötigen Hilfsmittel bis zu 40 Euro monatlich! Mit unserer Hilfe bekommen Sie ohne viel Aufwand Ihr persönliches Pflegehilfsmittelpaket. Sie füllen dafür bitte einfach nur das Bestellformular und den Antrag für die Pflegekasse vollständig aus, unterschreiben beides und nutzen für deren Rücksendung an das MEDI-CENTER den „Freiumschlag“ in den Downloads unserer Internetseite. Wir kontaktieren Ihre Pflegekasse und kümmern uns um alle notwendigen Genehmigungen.

Falls sie noch Fragen haben erreichen Sie uns telefonisch unter der 0261 46091 96.  
Gerne können Sie uns auch eine E-Mail schreiben an kundenservice@medi-center.de.

## Bestellung Ihres Pflegehilfsmittelpaketes

Welches Paket möchten Sie erhalten?

Paket 1-5 sind Beispielpakete, die wir Ihnen empfehlen können.

Oder Sie stellen sich Ihr eigenes Paket 6 zusammen. Bitte ankreuzen.

Sie können Ihre einmal gewählte Produktzusammenstellung jederzeit ändern.

<input type="checkbox"/> <b>Paket 1</b> 50      Bettgeschutzeinlagen 100     Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Paket 2</b> 50      Bettgeschutzeinlagen 2x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Paket 3</b> 200      Einmalhandschuhe 2x 500 ml Händedesinfektion 2x 500 ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/> <b>Paket 4</b> 50      Mundschutz 200     Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 2x 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Paket 5</b> 100     Schutzschürzen 50      Mundschutz 100     Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Paket 6 - individuell</b> <input type="checkbox"/> 50      Bettgeschutzeinlagen <input type="checkbox"/> 100     Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> 500 ml Händedesinfektion <input type="checkbox"/> 500 ml Flächendesinfektion <input type="checkbox"/> 100     Fingerlinge <input type="checkbox"/> 100     Schutzschürzen <input type="checkbox"/> 50      Mundschutz

Bitte wählen Sie die Größe Ihrer Einmalhandschuhe aus:  S  M  L  XL

(Messen Sie zur Bestimmung Ihrer Handschuhgröße den Handteller Ihrer stärkeren Hand mit einem Lineal nach. Legen Sie das Lineal dazu zwischen Daumen und Zeigefinger an und lesen Sie an der breitesten Stelle ab: S - 7cm; M - 8cm; L - 9cm; XL - 10cm)

Kontaktdaten Pflegeperson, z.B. Angehörige(r):

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Die Lieferung erfolgt bitte an:  den Kunden  die Pflegeperson

Ich beauftrage das MEDI-CENTER bis auf Widerruf mit der monatlichen Lieferung der von der Pflegekasse genehmigten Hilfsmittel.

Pflegebedürftige/r oder Bevollmächtigte/r

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Unterschrift:  \_\_\_\_\_



# MEDI-CENTER

beraten · betreuen · versorgen

...seit über 40 Jahren

David-Roentgen-Straße 2-4 · 56073 Koblenz  
Telefon 0261 46091-96 · Telefax 0261 46091-55  
www.medi-center.de

## 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)

### Name der / des Versicherten:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Kundennr.: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennr.: \_\_\_\_\_

### Vom Versicherten auszufüllen

### Von der Pflegekasse auszufüllen

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ -hygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

wird benötigt	Einheit	Artikel	Hilfsmittel Nummer	Genehmigung Pflegekasse			
<input type="checkbox"/>	2 St.	Saugende Bettschutzeinlagen 150 x 100 cm (Wiederverwendung)	51.40.01.4	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40 € (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20 €) monatlich.

<input type="checkbox"/>	500 ml	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	500 ml	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	50 St.	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	50 St.	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Die genehmigten Produkte werden ab sofort und bis auf Widerruf durch den folgenden Leistungserbringer geliefert:

MEDI-CENTER Mittelrhein GmbH  
David-Roentgen-Str. 2-4  
56073 Koblenz  
Tel.: 0261 46091-96  
E-Mail: kundenservice@medi-center.de

IK.Nr.: 330710178  
Fax: 0261 46091-55

- PG 54 bis 40,00 Euro monatlich
- PG 54 bis zu 20,00 Euro monatlich
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuz. Beihilfeberechtigung
- PG 51 ohne Zuz. Beihilfeberechtigung

Die gewünschten Hilfsmittel werden von mir dauerhaft benötigt und ausschließlich für die private Pflege verwendet. Die MEDI-CENTER Mittelrhein GmbH ersetzt meine bisherigen Lieferanten als Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel. Weiter beauftrage ich die MEDI-CENTER Mittelrhein GmbH, meine Kostenerstattungsansprüche gem. §40 Abs. 2 Satz SGB XI zu prüfen, zu meiner Pflegekasse weiterzuleiten, genehmigen zu lassen und direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen. Ich erteile mit meiner Unterschrift ebenfalls den Auftrag und die Vollmacht, den Bescheid meiner Pflegekasse entgegenzunehmen, zu prüfen und sämtliche Korrespondenz dazu mit der Pflegekasse zu übernehmen.

IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift

X

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftige/r oder Bevollmächtigte/r