

So erhalten Sie Ihre Pflegehilfsmittel

Um Ihre Bestellung und den Antrag auf Kostenübernahme abzuschließen sind nur noch die folgenden drei Schritte notwendig:

1. Bitte ergänzen Sie fehlende Angaben im **Bestellformular** und im **Antrag auf Kostenübernahme**. Nutzen Sie dazu die beiliegende Ausfüllhilfe
2. Das **Bestellformular** und der **Antrag auf Kostenübernahme** müssen vom Versicherten unterschrieben werden
3. Senden Sie beide Dokumente an uns zurück. Entweder per E-Mail oder Fax oder per Brief an die unten aufgeführte Adresse. Der Umschlag muss nicht frankiert werden, das Entgelt zahlt der Empfänger.

Nach Erhalt Ihrer Dokumente klären wir alle Formalitäten mit Ihrer Pflegekasse und Sie erhalten schon bald Ihre erste Pflegehilfsmittel-Box.

Bei Fragen oder Problemen zögern Sie nicht uns zu kontaktieren:

Telefon: 0176 - 57 697 323

E-Mail: info@hygiene-touch.de

Bitte senden Sie das Formular an einer dieser Adressen

Post

Hygiene Touch GmbH
unicare company ist eine Marke der
Hygiene Touch GmbH

Langer Anger 7
69115 Heidelberg

E-Mail

info@hygiene-touch.de

Fax

06221 - 7 181 528

Bestellformular Pflegebox



Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
---	----------	-----------

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. gesetzlicher Betreuer):

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
E-Mail:	Telefon:	

Pflegedienst / Sozialstation (falls vorhanden):

Name:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ:	Ort:

Die Lieferung der Box erfolgt an:

<input type="radio"/> den Versicherten	<input type="radio"/> die Pflegeperson	<input type="radio"/> den Pflegedienst
--	--	--

Wählen Sie bitte Ihre Pflegebox (monatlicher Wechsel möglich):

<input type="radio"/> Pflegebox Nr. 1 25 St. Bettschutzeinlagen 200 St. Einmalhandschuhe (puderfrei) 500ml Handdesinfektionsmittel 500ml Flächendesinfektionsmittel	<input type="radio"/> Pflegebox Nr. 2 25 St. Bettschutzeinlagen 100 St. Einmalhandschuhe (puderfrei) 500ml Handdesinfektionsmittel 500ml Flächendesinfektionsmittel 50 St. Mundschutz	<input type="radio"/> Pflegebox Nr. 3 25 St. Bettschutzeinlagen 100 St. Einmalhandschuhe (puderfrei) 500ml Handdesinfektionsmittel 1000ml Flächendesinfektionsmittel
<input type="radio"/> Pflegebox Nr. 4 100st Einmalhandschuhe 75st Bettschutzeinlagen	<input type="radio"/> Pflegebox Nr. 5 50 St. Bettschutzeinlagen 100 St. Einmalhandschuhe (puderfrei) 500ml Handdesinfektionsmittel	<input type="radio"/> Pflegebox Nr. 6 1000ml Flächendesinfektionsmittel 100 St. Einmalhandschuhe (puderfrei) 50 St. Mundschutz 100 St. Schutzschürzen (einweg)
Ihre Handschuhgröße:	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL (bei fehlender Angabe liefern wir Größe M)	
<input type="radio"/> 2x wiederverwendbare Bettschutzeinlage (waschbar)		

Die Wahl meiner Pflegebox kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der Hygiene Touch GmbH rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtigt ich die Pflegeperson bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der Hygiene Touch GmbH sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner hinterlegten personenbezogenen Daten.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Kontakt:

E-Mail: info@hygiene-touch.de

Tel.: 0176 - 57 697 323

Fax: 06221 - 7 181 528

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel



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

Versicherte/r:

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
Telefon:		Geburtsdatum:
Liegt eine Zahlungsbefreiung vor: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Bitte Inhalt Ihrer Box ankreuzen

<input type="radio"/> Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="radio"/> Schutzschürzen (Einweg)	54.99.01.3001
<input type="radio"/> Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="radio"/> Handdesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="radio"/> Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="radio"/> Bettschutzeinlagen (Einweg)	54.45.01.0001

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.

Bitte wie gewählt ankreuzen

<input type="radio"/> 2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen 51.40.01.4

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 und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie die Hygiene Touch GmbH (unicare company), Langer Anger 7, 69115 Heidelberg, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die Hygiene Touch GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an den Dienstleister Paul Hartmann AG übermitteln.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="radio"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |
| | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Ausfüllhilfe Antrag auf Kostenübernahme

Wichtiger Hinweis:

Bitte schicken Sie beide Formulare unterschrieben vom Versicherten an uns zurück. Nutzen Sie dazu den beiliegenden Rückumschlag.

Selbstzahler und Privatversicherte:

Alle Informationen finden Sie auf unserer Webseite oder rufen Sie uns direkt an – wir helfen schnell und unkompliziert!

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel
gemäß § 79 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Pflegeperson (Angeliebter) bzw. gesetzlicher Betreuer:

Frau Herr Name: _____ Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____ Adresszusatz: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Längste Zeitungsabmeldung von: Ja Nein Pflegegrad: 1 2 3 4 5
Pflegeleistungen: _____ Versicherungs-Nr.: **A**

Als beantragte Kostenübernahme für:
zum Selbstzahlenden (Pflegehilfsmittel (PGLM)) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach § 41 Abs. 2 SGB XI für Richtbetriebszeitung bis max. zur Hälfte des im Bundesgesetzlichen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst festgelegten Höchstbetrags

Sie wählen Ihre Box ankreuzen:

<input type="radio"/> Fernbetreuung	14.999,000	<input type="radio"/> Schutzkleidung (Einweg)	14.999,000
<input type="radio"/> Mundschutz	14.999,000	<input type="radio"/> Persönliche Hygieneartikel	14.999,000
<input type="radio"/> Pflegekleidung/Bettwäsche	14.999,000	<input type="radio"/> Bettwäschen (Einweg)	14.999,000

Sie wählen ggf. ankreuzen:

2 wiederverwendbare Bettwäschen (1x/2x/3x)

Bitte lesen (ausdrücklich hervorgehoben): Diese ist darüber hinaus zu erfüllen, wenn die gesuchten Produkte ausschließlich für die antragstellerin oder den Pflegegrad 1 mit den Pflegeleistungen verwendet werden dürfen und darauf beschränkt sind. Eine Ausnahme ist die Pflanzung von Bäumen, die in einem Hofgarten, als Landschafts- oder Gartengestaltung oder zur Gestaltung der Umgebung des Antragsstellers im Rahmen der Tätigkeiten der Pflegekraft für einen Teil der Zeit der Leistungsleistung genutzt werden kann zur Durchführung der Tätigkeiten der Pflegekraft im Rahmen der Dienstleistungspflichten (S. 10).

Stellen: _____ Unterschrift des Versicherten/der des gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Vorschlagsnummer für Pflegeleistungen (gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI):

<input type="radio"/> PG für bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 41 Abs. 2 SGB XI	<input type="radio"/> PG für eine Zuweisung
<input type="radio"/> PG für Betriebsabfertigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 41 Abs. 2 SGB XI	<input type="radio"/> PG für eine Zuweisung / Betriebsabfertigung / PG für eine Zuweisung / Betriebsabfertigung

Stellen: _____ Unterschrift des Versicherten/der des gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Persönliche Daten des Versicherten



Bitte **zutreffende Inhalte** Ihrer auf Formular 1 gewählten Pflegebox ankreuzen

Falls Sie die **wiederverwendbaren Bettwäschen** auf Formular 1 beantragt haben, bitte ebenfalls ankreuzen

Diesen Bereich bitte **nicht** ausfüllen

Sie haben Fragen?

Unsere examinierten Pflegekräfte beraten Sie bei allen Fragen rund um Ihren Antrag und den Service von Hygiene Touch.

Mobil : 0176 57 69 73 23

Tel. : 06221 718 04 80

E-Mail

info@hygiene-touch.de



Ihre Ansprechpartnerin
Daniela West

Kostenloser Versand an Hygiene Touch

So funktioniert der Rückversand:

Schneiden Sie einfach das passende Format aus und kleben es auf einen Briefumschlag.

Stecken Sie die beiden ausgefüllten und vom Versicherten unterschriebenen Formulare in den Umschlag und schicken Sie diesen ab. Die Portokosten dafür übernehmen wir.



↓ Bei kurzem Umschlag bitte hier abschneiden

Empfangsvollmacht

Für ambulante Dienste



Wir möchten Ihnen den Umgang mit Ihren kostenfreien Pflegehilfsmitteln so einfach wie möglich gestalten. Daher bieten wir Ihnen mit dieser Empfangsvollmacht an, die monatlich notwendige Unterschrift zum Erhalt der Pflegehilfsmittel an Ihren ambulanten Pflegedienst zu übertragen.

Die Vollmacht ist ausschließlich für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln von Hygiene Touch GmbH gültig.

Hiermit bestätige ich:

Versicherte/r:

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnr.:		
PLZ:	Ort:	
Telefon:		

Pflegedienst:

Name:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ:	Ort:

die monatliche Lieferung an Pflegehilfsmitteln der Firma Hygiene Touch GmbH (unicare company ist eine Marke der Hygiene Touch GmbH) anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

Die Hygiene Touch GmbH ist somit berechtigt, die von mir bestellten Produkte, mit schuldbefreiender Wirkung an alle Mitarbeiter und Stellvertreter der oben genannten Organisation zu liefern. Ab der Übergabe trage ich somit das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware. In diesem Zusammenhang stimme ich zu, dass die Hygiene Touch GmbH sowohl personenbezogene, als auch Gesundheitsdaten an den von mir bevollmächtigten Pflegedienst weitergeben kann, soweit dies für die Annahme der Pflegebox nötig ist. Sofern ich die oben genannte Empfangsvollmacht 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 Hygiene Touch GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen. Ist dies nicht der Fall erkenne ich hiermit an, dass ich unter Umständen schadenersatzpflichtig sein kann.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Kontakt:

E-Mail: info@hygiene-touch.de

Tel.: 0176 - 57 697 323

Fax: 06221 - 7 181 528

Wechselerklärung

zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



Versicherte/r:

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnr.:		
PLZ:	Ort:	
Telefon:		

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

Hygiene Touch GmbH

unicare company ist eine Marke der Hygiene Touch GmbH

Langer Anger 7

69115 Heidelberg

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

Hygiene Touch GmbH

unicare company ist eine Marke der Hygiene Touch GmbH

Langer Anger 7

69115 Heidelberg

Telefon: 0176 - 57 697 323

Fax: 06221 - 7 181 528

Dort nehme ich ab dem Monat _____ 202___ den Service der monatlichen „Pflegebox-Lieferung“ in Anspruch.

Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Kontakt:

E-Mail: info@hygiene-touch.de

Tel.: 0176 - 57 697 323

Fax: 06221 - 7 181 528