

BITTE PERSÖNLICHE DATEN UND LIEFERINFORMATIONEN AUSFÜLLEN:

#### VERSICHTE/R

Mann  Frau

Name, Vorname:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
E-Mailadresse:	
Pflegekasse:	

#### PFLEGEPERSON

Bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen

Mann  Frau

Name, Vorname:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mailadresse:	

#### PFLEGEDIENST/SOZIALSTATION

Bitte ausfüllen (falls zutreffend)

Mann  Frau

Name Pflegedienst:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mailadresse:	



#### HINWEIS ZUR RÜCKSENDUNG:

Sie haben 3 Möglichkeiten, uns Ihren Antrag zukommen zu lassen:

##### 1) PER POST:

Trennen Sie den Antrag ab, füllen Sie ihn aus und senden Sie das Formular in einem Briefumschlag per Post an:

**Sanitätshaus MOT GmbH**  
**Lindauer Str. 13**  
**88069 Tettngang**

##### 2) PER FAX:

Sie können uns Ihren Antrag formlos, ohne Anschreiben, auch per Fax an folgende Nummer senden: **07542 - 9343 - 29**

##### 3) PER E-MAIL:

Scannen Sie das unterschriebene Formular ein und schicken Sie es uns als Anhang per E-Mail an: **[pflegehilfsmittel@sanitaetshaus-mot.de](mailto:pflegehilfsmittel@sanitaetshaus-mot.de)**

**KOSTENLOSE SERVICEHOTLINE FRAGEN: 07542 / 9343 - 0**

**Hinweis: Bitte achten Sie darauf, Ihren Antrag zu unterschreiben!**



# FÜR DIE PFLEGE DAHEIM

Kostenfreie Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

## WUSSTEN SIE SCHON?

Wenn bei Ihnen eine Pflegestufe 1 - 5 bewilligt ist und Sie zu Hause gepflegt werden, haben Sie einen **gesetzlichen Erstattungsanspruch auf Pflegemittel bis zu 42,00 € im Monat (§40, Abs. 2, SGB XI).**

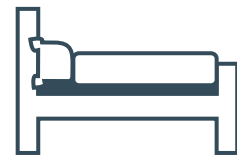
Voraussetzungen für kostenfreie Pflegehilfsmittel:

- **Bewilligte Pflegestufen**  
Sie haben einen der Pflegestufen 1 - 5
- **Pflege zu Hause**  
nicht dauerhaft stationär betreut (z.B. im Senioren- oder Pflegeheim)
- **Pflege durch Privatpersonen**  
Sie werden von mindestens einer privaten Pflegeperson betreut (Familienmitglied, Betreuer oder Nachbar).

Für Pflegehilfsmittel ist kein Rezept Ihres Arztes erforderlich. Wir benötigen lediglich das ausgefüllte Formular mit den von Ihnen gewünschten Pflegehilfsmitteln sowie Ihren Antrag auf Kostenübernahme. Alles Weitere regeln wir.

## DIE ARTIKELAUSWAHL

Sie haben Anspruch auf verschiedene Pflegehilfsmittel, im Gesamtwert von 42,00 € pro Monat. Folgende Artikel stehen Ihnen dabei zur Auswahl:



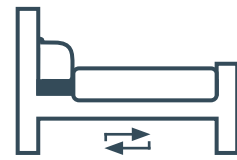
**Bettsschutzeinlagen**  
Einmalgebrauch  
Unterseite undurchlässig



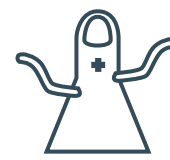
**Einmalhandschuhe**  
Vinyl, unsteril



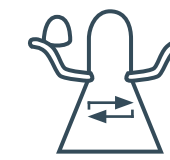
**Fingerlinge**  
Einmalgebrauch



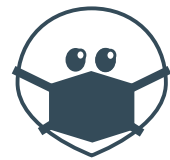
**Bettsschutzeinlagen**  
wiederverwendbar  
Unterseite undurchlässig



**Schutzschürzen**  
Einmalgebrauch  
wasserfest, abwaschbar



**Schutzschürzen**  
wiederverwendbar



**Mundschutz**  
Einmalgebrauch  
Vlies/Zellstoff/FFP2



**Händedesinfektion**  
gebrauchsfertige Lösung



**Flächendesinfektion**  
gebrauchsfertige Lösung

## EINFACH UND ZUVERLÄSSIG

Wenn Sie sich entschieden haben, welche Pflegemittel Sie benötigen, füllen Sie den Antrag auf Kostenübernahme aus und schicken Sie uns das Formular zu. Wir kümmern uns um alle Formalitäten mit Ihrer Pflegekasse.

Sobald Ihr Antrag genehmigt wurde, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung. Sollten Sie die Wahl Ihrer Artikel ändern wollen, können Sie das ganz unkompliziert tun. Wir stehen gerne zu Ihrer telefonischen Verfügung.

Anträge und Bestellungen an: [pflegehilfsmittel@sanitaetshaus-mot.de](mailto:pflegehilfsmittel@sanitaetshaus-mot.de)

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i.V.m. §40 Abs. 2 SGB XI

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, PLZ, Ort

Pflegekasse, Versicherungsnummer

Artikel		Menge/ Preis	Nur von Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von Pflegekasse auszufüllen		
			Benötigt werden		Anzahl Einheit	Genehmigt werden		Anzahl Einheit
			ja	nein		ja	nein	
saugende Bettsschutzeinlage Einmalgebrauch	50 St.							
Flächendesinfektions- mittel	500 ml							
Fingerlinge	100 St.							
Einmalhandschuhe	100 St.							
Mundschutz FFP2 oder med. Maske	Pro St.							
Schutzschürze Einmalgebrauch	100 St.							
Schutzschürze wiederverwendbar	Pro St.							
Händedesinfektionsmittel	500 ml							
saugende Bettsschutzeinlage wiederverwendbar								

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum & Unterschrift des/r Pflegebedürftigen  
(Deren ges. Vertreter/Betreuer)

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 42,00 € monatlich
- PG 51 mit Eigenanteil

IK der Pflegekasse

**330841052**

IK des Sanitätshauses

