

Bestellformular Pflegepakete

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

Kundendaten

Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Straße, Hausnr.: _____	Telefon: _____
PLZ, Ort: _____	E-Mail: _____
Pflegekasse: _____	Versicherten-Nr.: _____
Zahlungsbefreit bis zum: _____	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige Pflegeperson)

Name, Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon/E-Mail: _____
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Tochter / Sohn <input type="checkbox"/> Verwandte/r <input type="checkbox"/> Bekannte/r

Pflegedienst (falls vorhanden)

Name Pflegedienst: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Ansprechpartner: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Lieferdaten der monatlichen Versorgung

Die Lieferung der Versorgung soll erfolgen an:

den Kunden die Pflegeperson den Pflegedienst

Wählen Sie bitte Ihr BRANDvital Pflegepaket (monatlicher Wechsel möglich):

Alle Pflegeprodukte in den Boxen sind zum Verbrauch bestimmt und können aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden.

Paket 1

1 x Vinyl-Handschuhe, 300 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Händedesinfektion, 500 ml

Paket 2

1 x Vinyl-Handschuhe, 200 Stk.
2 x Flächendesinfektion, 500 ml
2 x Händedesinfektion, 500 ml

Paket 3

1 x Einmal-Bettschutzeinlage, 50 Stk.
1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Händedesinfektion, 500 ml

Paket 4

1 x Einmal-Bettschutzeinlage, 25 Stk.
1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Einmal-Schutzschürze, 100 Stk.

Paket 5

1 x Einmal-Bettschutzeinlage, 50 Stk.
1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Einmal-Schutzschürze, 100 Stk.

Paket 6

1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Händedesinfektion, 500 ml
1 x Einmal-Schutzschürze, 100 Stk.
1 x Einmal-Mundschutz, 50 Stk.

Paket 7

1 x Einmal-Bettschutzeinlage, 100 Stk.

Paket 8

1 x Vinyl-Handschuhe, 500 Stk.

Handschuhgröße: S M L XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

Die Paketauswahl kann für jeden Monat individuell gestaltet werden. Nach Eingang des Bestellformulars wird mich ein Fachberater der BRANDvital GmbH kontaktieren und mich dazu beraten.

Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der BRANDvital GmbH.

Datum _____

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers _____

Ausfüllhilfe: Bestellformular

WICHTIG:

Bitte senden Sie das Bestellformular sowie den Antrag auf Kostenübernahme im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an BRANDvital zurück.

1. Persönliche Daten des Versicherten
2. Persönliche Daten der Pflegeperson
3. Informationen des betreuenden Pflegedienstes (wenn möglich)
4. Empfänger der Pflegepakete auswählen
5. Pflegepaket und Handschuhgröße ankreuzen
6. Datum und Unterschrift

Ausgefüllt und vom Versicherten unterschrieben

Bestellformular Pflegepakete **BRANDvital**
THE HEALTH COMPANY

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

Kundendaten

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____ Telefon: _____
 PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____
 Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____
 Zahlungsbefreiung bis zum: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige Pflegeperson) **Pflegedienst (falls vorhanden)**

Name, Vorname: _____ Name Pflegedienst: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____ Straße, Haus-Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon/E-Mail: _____ Ansprechpartner: _____
 Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner Tochter / Sohn Telefon: _____
 Verwandte/r Bekannte/r E-Mail: _____

Lieferdaten der monatlichen Versorgung

Die Lieferung der Versorgung soll erfolgen an:
 den Kunden die Pflegeperson den Pflegedienst

Wählen Sie bitte Ihr BRANDvital Pflegepaket (monatlicher Wechsel möglich):
 Alle Pflegeprodukte in den Boxen sind zum Verbrauch bestimmt und können aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden.

Paket 1

1 x Vinyl-Handschuhe, 300 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Händedesinfektion, 500 ml

Paket 2

1 x Vinyl-Handschuhe, 200 Stk.
2 x Flächendesinfektion, 500 ml
2 x Händedesinfektion, 500 ml

Paket 3

1 x Einmal-Bettwäsche, 50 Stk.
1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Händedesinfektion, 500 ml

Paket 4

1 x Einmal-Bettwäsche, 25 Stk.
1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Einmal-Schutzschürze, 100 Stk.

Paket 5

1 x Einmal-Bettwäsche, 50 Stk.
1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Einmal-Schutzschürze, 100 Stk.

Paket 6

1 x Vinyl-Handschuhe, 100 Stk.
1 x Flächendesinfektion, 500 ml
1 x Händedesinfektion, 500 ml
1 x Einmal-Schutzschürze, 100 Stk.
1 x Einmal-Mundschutz, 50 Stk.

Paket 7

1 x Einmal-Bettwäsche, 100 Stk.

Paket 8

1 x Vinyl-Handschuhe, 500 Stk.

Handschuhgröße: S M L XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

Die Paketauswahl kann für jeden Monat individuell gestaltet werden. Nach Eingang des Bestellformulars wird mich ein Fachberater der BRANDvital GmbH kontaktieren und mich dazu beraten.
Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der BRANDvital GmbH.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers _____

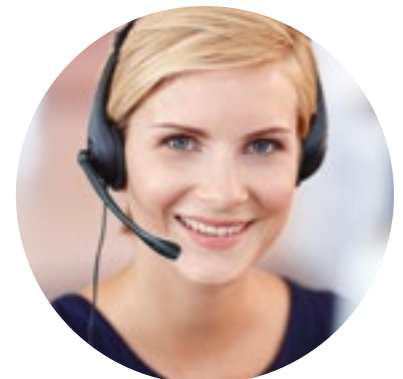
HR: Bestellformular Pflegepakete.odt EID: 05.09.2017 R. Schöpsch Rev.01.12.15.17

Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Unsere telefonische Beratung steht Ihnen persönlich unter der kostenlosen Rufnummer zur Verfügung.

0800 - 0257000 (kostenlos)

Wir sind Montag - Freitag zwischen 8.00 - 18.00 Uhr für Sie erreichbar.



Antrag zur Kostenübernahme

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

gemäß §78 Abs.1 i. V. m. §40 Abs. 2 SGB XI



Kundendaten

Name, Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____
 Pflegekasse: _____
 Versicherten-Nr.: _____
 Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Lieferdaten der monatlichen Versorgung

Pflegedienst, WG, etc.: _____
 Name, Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen-Einmalgebrauch	50 Stück (21,54 €)						
Fingerlinge	100 Stück (5,64 €)						
Einmalhandschuhe Größe <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L	100 Stück (7,18 €)						
Mundschutz	50 Stück (7,18 €)						
Schutzschürzen-Einmalgebrauch	100 Stück (13,34 €)						
Schutzschürzen-wiederverwendbar	pro Stück (25,65 €)						
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)						

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

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen-wiederverwendbar	pro Stück (26,16 €)						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Ort, Datum, Unterschrift Pflegebedürftige/r bzw. Bevollmächtigte/r)

Genehmigungsvermerk (von der Pflegekasse auszufüllen)

<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter) <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter) <input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 € monatlich <input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigter)	_____ (Ort, Datum) _____ (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)
---	--

Ausfüllhilfe: Antrag auf Kostenübernahme

WICHTIG:

Bitte senden Sie den Antrag auf Kostenübernahme sowie das Bestellformular im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an BRANDvital zurück.

1. Persönliche Daten des Versicherten
2. Bitte zutreffende Inhalte Ihres gewählten Pflegepaketes ankreuzen
3. Falls keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt, kann eine Kostenübernahme beantragt werden
4. Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen wünschen, bitte hier ankreuzen
5. Datum und Unterschrift
6. Bitte diesen Bereich nicht ausfüllen

Ausgefüllt und vom Versicherten unterschrieben

Antrag zur Kostenübernahme
Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
gemäß §78 Abs. 1 i. V. m. §40 Abs. 2 SGB XI

BRANDvital
THE HEALTH COMPANY

Kundendaten
Name, Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Pflegekasse: _____
Versicherten-Nr.: _____
Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Lieferdaten der monatlichen Versorgung
Pflegedienst, WG, etc.: _____
Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Genehmigt bis
		benötigt werden:	Anzahl / Einheit	genehmigt werden:	Anzahl / Einheit	
Saugende Bettschutzeinlagen-Einmalgebrauch	50 Stück (21,54 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Fingerringe	100 Stück (5,64 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Einmalhandschuhe Größe <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L	100 Stück (7,18 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Mundschutz	50 Stück (7,18 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schutzschürzen-Einmalgebrauch	100 Stück (13,34 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schutzschürzen-wiederverwendbar	pro Stück (25,65 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

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

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Genehmigt bis
		benötigt werden:	Anzahl / Einheit	genehmigt werden:	Anzahl / Einheit	
Saugende Bettschutzeinlagen-wiederverwendbar	pro Stück (26,16 €)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Ort, Datum, Unterschrift Pflegebedürftiger bzw. Bevollmächtigter)

Genehmigungsvermerk (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
 PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
 PG 54 bis 40,00 € monatlich
 PG 54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigter)

(Ort, Datum)

(K der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

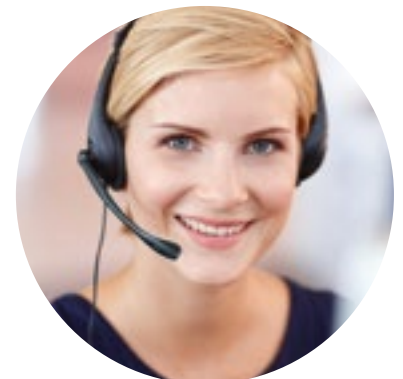
HC_Antrag_Kostenübernahme_Pflegehilfsmittel_Verbrauch.odg ED 21.07.2010 R. Schörsse Rev.05.05.04.2017

Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Unsere telefonische Beratung steht Ihnen persönlich unter der kostenlosen Rufnummer zur Verfügung.

0800 - 0257000 (kostenlos)

Wir sind Montag - Freitag zwischen 8.00 - 18.00 Uhr für Sie erreichbar.



Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Daten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Daten innerhalb der Bestellkette meine Daten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft

über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

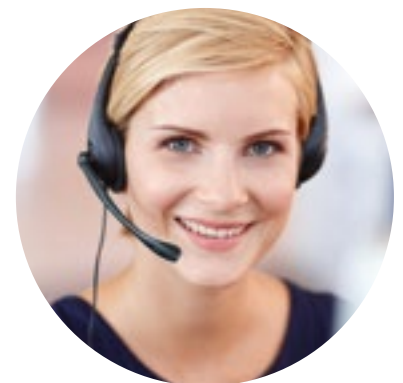
Datum / Unterschrift des Antragstellers

Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Unsere telefonische Beratung steht Ihnen persönlich unter der kostenlosen Rufnummer zur Verfügung.

0800 - 0257000 (kostenlos)

Wir sind Montag - Freitag zwischen 8.00 - 18.00 Uhr für Sie erreichbar.



Kostenfrei an BRANDvital versenden.

Schneiden Sie bitte das unten stehende Layout aus und kleben Sie es auf einen neutralen Briefumschlag.

Beide Formulare (Bestellformular/Antrag auf Kostenübernahme) bitte unterschrieben in den vorfrankierten Umschlag an BRANDvital zurücksenden.

Das Porto zahlt BRANDvital.

Bestellformular

Bestellformular
Bitte mit dem Bestellformular Programmierfeld **BRANDvital** THE HEALTH COMPANY

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Mitarbeiternummer: _____
Abteilung: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Bitte ankreuzen:
 Einmalig Wiederkehrend
 Einmalig Wiederkehrend

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6



Antragsformular

Antragsformular
Bitte mit dem Antragsformular Programmierfeld **BRANDvital** THE HEALTH COMPANY

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Mitarbeiternummer: _____
Abteilung: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6

Bitte ankreuzen:
 Produkt 1 Produkt 2 Produkt 3 Produkt 4 Produkt 5 Produkt 6

== vorfrankierter Briefumschlag



BRANDvital
THE HEALTH COMPANY

Deutsche Post
ANTWORT

BRANDvital GmbH
An der Silberkuhle 1
58239 Schwerte

Entgelt
zahlt
Empfänger