

Ihr A+O PFLEGEBOX Infoset

Sehr geehrte pflegende Angehörige,

wir freuen uns sehr, Ihnen heute unseren A+O PFLEGEBOX Service vorzustellen. Mit der A+O PFLEGEBOX erhalten Sie jeden Monat nützliche Hilfsmittel wie Einmalhandschuhe, Händedesinfektion oder Bettschutzeinlagen völlig zuzahlungsfrei nach Hause geliefert.

Die A+O PFLEGEBOX ist zuzahlungsfrei!

Pflegebedürftige in ihrem privaten Umfeld (mit Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5) haben die Möglichkeit, die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40 Euro im Monat bei Ihrer Pflegekasse zu beantragen. Dazu bietet A+O Das Sanitätshaus den passenden Service an. Wir reichen Ihren Antrag für Sie bei der Pflegekasse ein.

In drei Schritten zu Ihrer A+O PFLEGEBOX:

- 1 Füllen Sie den „Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel“ aus**, den wir bei der jeweiligen Pflegekasse für Sie einreichen. Kreuzen Sie dort alle Produkte an, die in der gewünschten A+O PFLEGEBOX enthalten sein sollen. Sie können gerne weitere Produkte ankreuzen, falls sich der Bedarf später einmal ändern sollte.
- 2 Auf dem Formular „Auswahl A+O PFLEGEBOX“ wählen Sie die gewünschte Box aus.** Geben Sie einfach an, welche Produkte Sie monatlich bekommen möchten. Sie können natürlich auch jeden Monat die A+O PFLEGEBOX wechseln. Ein kurzer Anruf, eine E-Mail oder ein Brief an uns genügt.
- 3 Füllen Sie auch das „Beratungsprotokoll“ aus, unterschreiben alle drei Seiten und senden diese an uns zurück.** Selbstverständlich fallen für die Rückantwort keine Kosten für Sie an, wir haben einen Freiumschlag für Sie beigelegt.

Das ist alles. Von nun an kümmern wir uns um die Bewilligung, die monatliche Lieferung und die Erstattung durch Ihre Pflegekasse. Sie müssen nichts mehr tun, sondern einfach nur jeden Monat die gewünschte PflegeBox in Empfang nehmen. Einfacher geht es nicht!

Unser Versprechen an Sie: Es entstehen für Sie keinerlei Kosten – auch nicht für den Versand! Sie gehen auch keinerlei Verpflichtungen ein: Sie können die Belieferung jederzeit ganz einfach wieder abbestellen.

Wir sind anerkannter Leistungserbringer für alle Pflegekassen (IK 330300902) und die gesetzlichen Datenschutzrichtlinien werden von uns strikt befolgt. Für weitere Fragen stehen wir jederzeit gerne unter der Telefonnummer 05130 / 60 90 464 oder per E-Mail an pflegebox@aosani.de zur Verfügung.

Es würde uns freuen, Ihre Pflege mit unserer monatlichen A+O PFLEGEBOX etwas zu erleichtern und gleichzeitig kostengünstig für Sie zu gestalten.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team von A+O Das Sanitätshaus

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

* Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40,00 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 40 x 60 cm (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	HINWEIS: Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen sind zuzahlungspflichtig. Sie benötigen hierfür ein separates Rezept vom behandelnden Arzt.	51.40.01.4xxx

Ich beantrage die Versorgung durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: A+O Das Sanitätshaus OHG Wedemarkstraße 79 A, 30900 Wedemark	Institutionskennzeichen: IK 330300902
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

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.

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtigte(r) | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigte(r) |

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
	Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)	E-Mail:
Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad beantragt.		
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert* <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert		
* Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten der PflegeBox bei ihrer Pflegekasse selbst.		

Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochert/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannt(e)r <input type="checkbox"/> Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Pflegedienst

Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst

Name/Adresse Pflegedienst (Stempel):

Kein Pflegedienst vorhanden.

Auswahl A+O PFLEGEBOX

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte A+O PFLEGEBOX an.

<input type="checkbox"/>  25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe* 500 ml Händedesinfektion 1.000 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  25 Bettschutzeinlagen 200 Einmalhandschuhe* 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  50 Bettschutzeinlagen 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe* 500 ml Händedesinfektion 1.000 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe* 1.000 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  100 Einmalhandschuhe* 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz-Masken 100 Schutzschürzen

* Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe S M L XL

Finden Sie keine passende A+O PFLEGEBOX? Dann helfen wir Ihnen bei einer individuellen Zusammenstellung.

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der PflegeBox soll bitte erfolgen:

an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson an den Pflegedienst

Rechnungsempfänger

Die pflegebedürftige Person ist privat versichert und/oder beihilfeberechtigt. Die Rechnung soll bitte gestellt werden an:

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) die/den Angehörige(n)/Pflegeperson

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen

per Post per E-Mail per Telefon erhalten (bitte ankreuzen)

HINWEIS: Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht, selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Mit Ankreuzen vorstehender Kästchen und meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post / E-Mail und/oder Telefon durch die A+O Das Sanitätshaus OHG ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und die Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen.



Bitte füllen Sie den Antrag aus, damit die Kosten für Ihre A+O PFLEGEBOX von der Pflegekasse übernommen werden können.

BERATUNGSPROTOKOLL

Frau Herr

Vorname Name

Straße/Nr.

PLZ, Ort

Telefon Geb.-Datum

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Beratungsleistungen erbracht wurden:

- Informationen über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
- Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragformulars
- Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte

Mir ist bekannt, dass ich selbst entscheiden kann, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer ich die von mir benötigten Pflegehilfsmittel bestelle und ich jederzeit das Recht habe, den Lieferanten zu wechseln, ohne dass ich hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch meinen Pflegedienst befürchten muss. Mein Pflegedienst hat mich über mögliche Lieferalternativen informiert.

Firma/Organisation

Straße/Nr.

PLZ, Ort

oder Stempel

Ort, Datum

Unterschrift