

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.

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 einem Schritt 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.

Von nun an kümmern wir uns um die Bewilligung 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 ! 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

info@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:*		
Geb.-Datum:*		(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse.)
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*
Pflegekasse:*		(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse.)

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	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
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	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
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



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/Beihilfeberechtigte(r) | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r) |

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift