

Name der Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr ☐
Frau ☐

VORNAME

TELEFON

NAME

E-MAIL

AUSWAHL PFLEGEBOX (Bitte kreuzen Sie die gewünschte Pflegehilfsmittel Box an)



1

☐

- 100 Einmalhandschuhe
- 25 Bettschutzeinlagen
- 500 ml Händedesinfektionsmittel
- 500 ml Flächendesinfektionsmittel



2

☐

- 100 Einmalhandschuhe
- 500 ml Händedesinfektionsmittel
- 500 ml Flächendesinfektionsmittel
- 100 Schutzschürzen



3

☐

- 100 Einmalhandschuhe
- 50 Bettschutzeinlagen (90x60cm)
- 500 ml Händedesinfektionsmittel



4

☐

- 75 Bettschutzeinlagen (90x60cm)



5

☐

- 50 Bettschutzeinlagen (90x60cm)
- 100 Schutzschürzen



6

☐

- Zusammenstellung individuell.
- Wir beraten Sie gerne bei der Produktauswahl.

Ich wünsche Einmalhandschuhe in Größe: S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐Material: NITRIL ☐ LATEX ☐ VINYL ☐

Lieferanschrift wenn abweichend:

PLZ/ORT

Straße /NR

APP. NR

Bemerkung

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

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.

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 Neo Consulting ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen.



Bitte füllen Sie auch den Antrag aus, damit die Kosten für Ihre NeoPflegebox von der Pflegekasse übernommen werden können.

Name der Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	VORNAME	NAME
	Straße / Nr.	PLZ/ ORT
Pflegekasse		
Geburtsdatum		Versicherten Nr.

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 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	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	<input type="text"/>	51.40.01.4 <input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Neo Consulting GmbH Johannes-Rau-Allee 33 • 45889 Gelsenkirchen	Institutionskennzeichen IK 590503521
--	---

X	
Ort/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)			