

1

Auswahl der Neo Pflegebox

NEO PFLEGEBOX

Empfehlung von:

Name der Versicherten/ Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr Vorname Name Frau Telefon Email

Auswahl der Pflegebox (Bitte kreuzen Sie die gewünschten Pflegehilfsmittel Box an)

1



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

Hier ankreuzen

2



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

Hier ankreuzen


3



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

Hier ankreuzen


4



- 75 Bettschutzeinlagen (90x60cm)

Hier ankreuzen


5



- 50 Bettschutzeinlagen (90x60cm)
- 100 Schutzschürzen

Hier ankreuzen

6



- Zusammenstellung individuell
- Wir beraten Sie gerne bei der Produktauswahl

Hier ankreuzen

Ich wünsche Einmalhandschuhe in der Größe:

 S | M | L | XL

Material:

 Nitril | Latex | Vinyl

Lieferanschrift wenn abweichend:

PLZ/ Ort Straße/ Nr. APP. Nr. Bemerkung

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.



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

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 Vorname Name

Frau 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.

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

Ort/ Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40,00 € monatlich
 PG 54 bis 20,00 € monatlich
 PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)