

Name der Versicherten/ Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr <input type="checkbox"/>	Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Frau <input type="checkbox"/>	Telefon	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

Angaben der Angehörigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr <input type="checkbox"/>	Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Frau <input type="checkbox"/>	Straße/ Nr.	<input type="text"/>	PLZ/ Ort	<input type="text"/>
	Telefon	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

Kreuzen Sie bitte

ihre monatliches Goodie an: Seba Med Dusche Nivea Dusche Handcreme Waschhandtuch

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

1 <ul style="list-style-type: none">100 Einmalhandschuhe25 Bettschutzeinlagen500 ml Händedesinfektionsmittel500 ml Flächendesinfektionsmittel Hier ankreuzen <input type="checkbox"/>	2 <ul style="list-style-type: none">100 Einmalhandschuhe500 ml Händedesinfektionsmittel500 ml Flächendesinfektionsmittel100 Schutzschürzen Hier ankreuzen <input type="checkbox"/>	3 <ul style="list-style-type: none">100 Einmalhandschuhe50 Bettschutzeinlagen (90x60cm)500 ml Händedesinfektionsmittel Hier ankreuzen <input type="checkbox"/>
4 <ul style="list-style-type: none">75 Bettschutzeinlagen (90x60cm) Hier ankreuzen <input type="checkbox"/>	5 <ul style="list-style-type: none">50 Bettschutzeinlagen (90x60cm)100 Schutzschürzen Hier ankreuzen <input type="checkbox"/>	6 <ul style="list-style-type: none">Zusammenstellung individuellWir beraten Sie gerne bei der Produktauswahl Hier ankreuzen <input type="checkbox"/>

Ich wünsche Einmalhandschuhe in der Größe:

S | M | L | XL

Material:

Nitril Latex Vinyl

Lieferanschrift wenn abweichend:

PLZ/ Ort

APP. Nr.

Straße/ Nr.

Platz für Ihre Anmerkungen und Wünsche:



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Mit Ihrer Unterschrift, stimmen Sie unseren allgemeinen Geschäftsbedingungen zu. Diese liegen auf gesonderten Zetteln bei.

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"/>	Vorname	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Name	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Frau <input type="checkbox"/>	Straße/ Nr.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PLZ/ Ort	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	Pflegekasse	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Geburtsdatum	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Versicherten Nr.	<input style="width: 25%;" type="text"/>

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 <small>mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)</small>	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge <small>puderfrei</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <small>puderfrei</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz <small>Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen <small>wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen <small>wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel <small>keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel <small>keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)</small>	<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 <small>wasch- und wiederverwendbar</small>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	51.40.01.4 <input style="width: 50px;" type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Neo Consulting GmbH
Markenstraße 8, 45899 Gelsenkirchen

Institutionskennzeichen
IK 590503521

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) |