



Wer zu Hause durch eine private Person gepflegt wird, hat Anspruch auf Pflegehilfsmittel für den einmaligen Gebrauch. **meinPflegepaket24.de** erledigt alle Formalitäten für Sie kostenfrei und liefert das monatliche Paket frei Haus. Die Kosten von bis zu 40 € pro Monat übernimmt Ihre Pflegekasse. **Sie zahlen keinen Cent.**

In nur drei Schritten zum kostenlosen Pflegepaket:

1

Antragsformulare ausfüllen und verschicken

- ✓ Laden Sie das Antragsformular herunter oder fordern Sie es telefonisch bei uns an.
- ✓ Kreuzen Sie das gewünschte Pflegepaket an. Bitte Unterschrift nicht vergessen!
- ✓ Senden Sie uns den Antrag auf Kostenübernahme sowie das Bestellformular zurück. Bitte das Etikett ausschneiden und aufkleben.
- ✓ Das Porto übernehmen wir!



2

Wir sprechen mit Ihrer Pflegekasse

- ✓ Wir leiten Ihren Antrag an die Pflegekasse weiter und kümmern uns um dessen Genehmigung.
- ✓ Bei eventuellen Rückfragen werden wir Sie kontaktieren.
- ✓ Unsere Kundenberater stehen Ihnen Montag bis Donnerstag von 09:00 – 17:00 Uhr und Freitag von 09:00 – 15:00 Uhr zur Verfügung!



3

Wir senden Ihnen Ihr Pflegepaket zu

- ✓ Sobald uns die Genehmigung vorliegt, senden wir Ihnen Ihr Pflegepaket kostenfrei nach Hause.
- ✓ Sie erhalten nun auf Wunsch monatlich Ihr Pflegepaket innerhalb von Deutschland frei Haus!



+49 (0) 42 98 - 93 59-631



info@meinPflegepaket24.de



Hauschild Hygieneprodukte GmbH,
Scheeren 9, 28865 Lilienthal



www.meinPflegepaket24.de

Bestellformular für Pflegepakete

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Bitte senden Sie das Bestellformular zusammen mit dem Antrag auf Kostenübernahme an:
Hauschild Hygieneprodukte GmbH, Scheeren 9, 28865 Lilienthal.

Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r) Frau Herr

Vorname: _____ Name: _____
 Straße: _____ Haus-Nr.: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Sind Sie Beihilfe berechtigt? Ja Nein

Pflegeperson/Betreuer *Bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen*

Frau Herr

Vorname: _____ Name: _____
 Straße: _____ Haus-Nr.: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Pflegeperson ist:

Ehe/Lebenspartner Tochter/Sohn sonstiger Angehöriger Freund/Nachbar
 als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt nicht bevollmächtigt Andere

Lieferadresse auswählen (Bitte unbedingt ausfüllen)

Bitte liefern Sie an: Versicherte(r) Pflegeperson/Betreuer*

Pflegepaket und Handschuhgröße auswählen. Bitte ankreuzen. Stückzahlen variieren nach Handschuhmaterialauswahl!

<input type="checkbox"/> Pflegepaket 1 Händedesinfektion Einmalhandschuhe FFP2-Atmenschutzmasken	<input type="checkbox"/> Pflegepaket 2 Krankenunterlagen Flächendesinfektion Einmalhandschuhe FFP2-Atmenschutzmasken	<input type="checkbox"/> Pflegepaket 3 Krankenunterlagen FFP2-Atmenschutzmasken
<input type="checkbox"/> Pflegepaket 4 Krankenunterlagen Händedesinfektion Einmalhandschuhe FFP2-Atmenschutzmasken	<input type="checkbox"/> Pflegepaket 5 Händedesinfektion Flächendesinfektion Einmalhandschuhe FFP2-Atmenschutzmasken	<input type="checkbox"/> Pflegepaket 6 Krankenunterlagen Einmalhandschuhe FFP2-Atmenschutzmasken

Handschuhgröße: XS S M L XL **Handschuhmaterial:** Vinyl Latex Nitril

Pflegepaket individuell: Bitte rufen Sie uns an unter Tel: +49 (0) 4298 – 9359-631.

Die getroffene Auswahl meines Pflegepaketes kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen **meinPflegepaket24.de** Pflegepakete werden bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der Hauschild Hygieneprodukte GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Hauschild Hygieneprodukte GmbH die Lieferung beenden. *
 Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuer zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.

 Ort, Datum Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. des gesetzl. Vertreters / Betreuers

Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Ort)

Sind Sie Beihilfe berechtigt? Ja nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material nitril	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Saugende Bettschutzeinlagen (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4
	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar mit Stecktuch seitlich // Eigenanteil 5,95 Euro brutto	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Hauschild Hygieneprodukte GmbH, Scheeren 9, 28865 Lilienthal, Fax: 042 98 – 93 59 7317, E-Mail: info@hauschild-home-care.de	330330851

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 und Unterschrift der/des Versicherten)

ODER

(Datum und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Betreuers)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung

Bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Einfach ausschneiden, aufkleben, Porto sparen!

- ✓ Antrag auf Kostenübernahme und das **meinPflegepaket24.de** Bestellformular ausfüllen.
- ✓ Die Briefumschlag-Vorlage ausschneiden und auf einen freien Briefumschlag kleben.
- ✓ Formulare im Briefumschlag versenden.
Das Porto übernehmen wir!



Absender:

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

HAUSCHILD
Hygieneprodukte GmbH
Scheeren 9
28865 Lilienthal

Ihre Kontaktmöglichkeiten:

Telefon: +49 (0) 4298 - 93 59-631

Post: Hauschild Hygieneprodukte GmbH,
Scheeren 9, 28865 Lilienthal

E-Mail: info@meinPflegepaket24.de

Fax: +49 (0) 4298 - 93 59 73 31

V4.0