

3. Pomoc do wypełnienia wniosku o przejęcie kosztów.

Dane osobowe ubezpieczonego.



1

Poziom klasyfikacji osoby do opieki.

2

Proszę o zakreślenie odpowiedniej kratki dla swojej SF Medical Box.

3

Jeśli poprosiłeś o ponowne użycie wkładki ochronnej łóżka, proszę zaznaczyć.

4

Data i podpis.

5

Te obszary proszę nie wypełnić.

6

1. Antrag auf Kostenübernahme* für Pflegehilfsmittel
Bitte nicht ausfüllen

Bitte einsenden an: SF Medical Products GmbH, Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland.

IK-Nummer: 01100070
Beratungs-Telefon: 030/263 997 95
E-Mail: sales@sfmedical.de
Fax: 030/263 997 96

Versicherte/r: Herr Frau

Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail-Adresse: _____

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Name Pflegekasse: _____
Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5 beauftragt

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54 bis maximal 4,39€ bzw. bei Behilfeberechtigung bis maximal 20,00€ monatlich)

Benötigte Anzahl eintragen	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Einzelpreis in €	Gesamtpreis in €
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	4,30	
	Krankenanlagen	54.45.01.0001	20,00	
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	5,50	
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	6,00	
	Mundschutz	54.99.01.2001	7,00	
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	12,90	

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG00) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB II vorliegt.

Saugende Bettfächzeileinlagen - wiederverwendbar 54.00.01.0... 25,50

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für die ambulante private Pflege und nicht durch Pflegeberufe verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen, ich beantrage die SF Medical Products GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abschreibung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die „SF Medical Products GmbH“ mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene andere Lieferanten. Die SF Medical Products GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Bestimmungen zum Datenschutz:
Wir werden Ihre angegebenen personenbezogenen Daten verarbeiten. Verantwortlich für die Verarbeitung ist die SF Medical Products GmbH. Zweck der Verarbeitung Ihrer Daten ist die Lieferung von Gesundheitsprodukten. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind die Versorgung im Gesundheitsbereich, die Erfüllung eines Vertrags sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Ihre Daten können folgende Personen empfangen: Mitarbeiter der SF Medical Products GmbH sowie Dritte, die uns bei der Erfüllung des Zwecks unterstützen und, unter Umständen, Ihre Krankenkasse.
* Vgl. Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 1 SGB II

Datum: _____ **WICHTIG!** Unterschrift durch Pflegehilfsmittel bei den gesetzlichen Vertretern/Beauftragten

Bitte nicht vergessen!

Gesamtpreisgovernorment (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG54 bis 40.00€ monatlich PG51 mit Eigenanteil PG01 PG 51 ohne Zuzahlung


PG54 bis 20.00€ monatlich (Behilfeberechtigung) ohne Eigenanteil PG01 Behilfeberechtigung


Datum: _____, Unterschrift der Pflegekasse _____ IK-Nummer der Pflegekasse _____


SF Medical Products GmbH • Alexander-Meißner-Straße 58 • 12526 Berlin, Deutschland • Geschäftsführer Nikita Sauerwein
HRB 103242 B/ Handelsregister: AG Charlottenburg

Seite 1

Potrzebujecie pomoc w wypełnianiu formularzy?
Chętnie odpowiemy na Państwa pytania przez telefon pod numerem 030/263 997 95!

 **Godziny przyjęć: Od poniedziałku do piątku od 08:00 do 16:00 godziny.**

 **Telefon: 030/263 997 95**

 **E-Mail: sales@sfmedical.de**

 **Web: www.sfmedical.de**

4. Pomoc przy wypełnianiu wniosku o zamawianie medycznej SF Medical Box.

Dane osobowe ubezpieczonego.

1

Dane osobowe opiekuna.

2

Informacje o służby zdrowia (jeśli jest dostępny).

3

Twoja SF Medical Box wybrać.

4

Zaznaczyć rozmiar i materiał rękawic. Dodatkowe wkładki chroniące łóżko (zmywalny) wybrać.

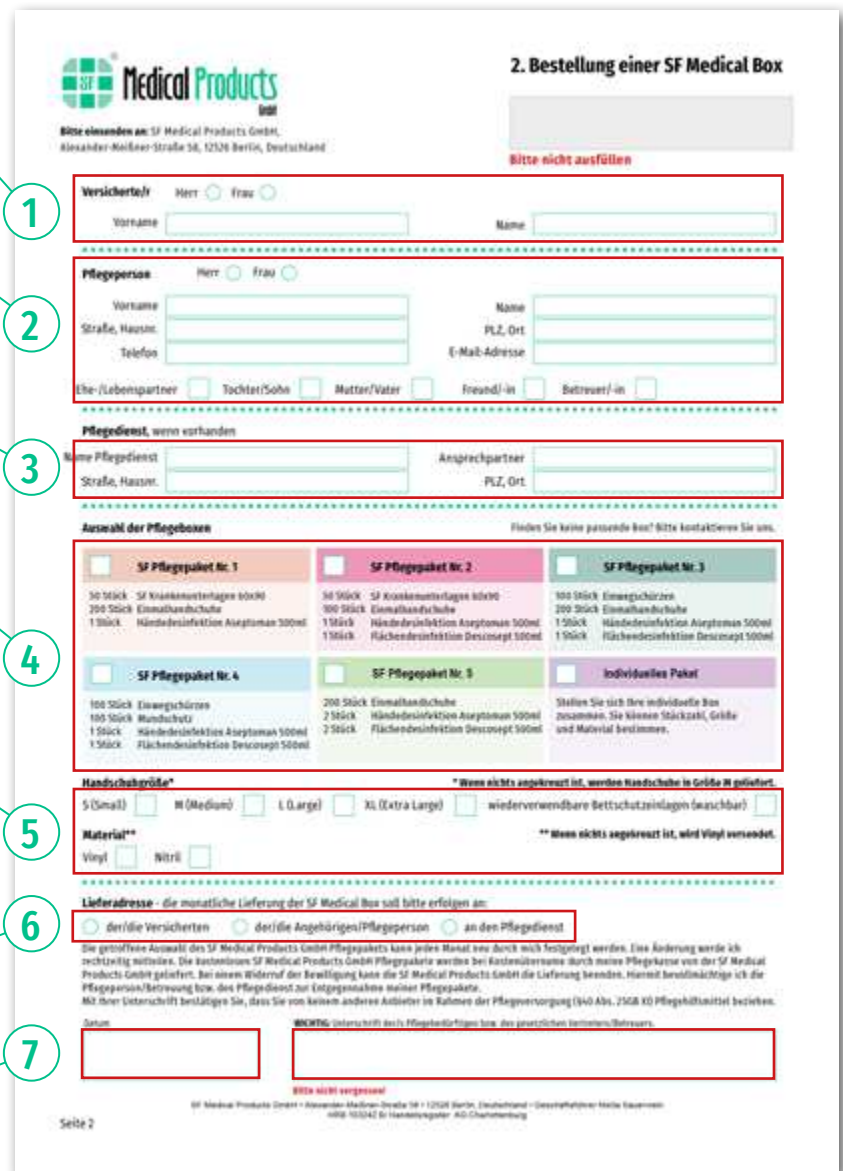
5

Odbiorca SF Medical Box zaznaczyć pole.

6

Data i podpis.

7



2. Bestellung einer SF Medical Box

Bitte einlesen an: SF Medical Products GmbH, Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland. **Bitte nicht ausfüllen**

Versicherte/r Herr Frau
Vorname: _____ Name: _____

Pflegeperson: Herr Frau
Vorname: _____ Name: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____
Ehe-/Lebenspartner Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund/-in Betreuer/-in

Pflegedienst, wenn vorhanden
Name Pflegedienst: _____ Ansprechpartner: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Auswahl der Pflegeboxen Finden Sie keine passende Box? Bitte kontaktieren Sie uns.

<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 1 50 Stück SF Krankenhausunterlagen 10x10 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml	<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 2 50 Stück SF Krankenhausunterlagen 10x10 300 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächen-Desinfektion Desoczept 500ml	<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 3 100 Stück Einwegschrüben 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächen-Desinfektion Desoczept 500ml
<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 4 100 Stück Einwegschrüben 100 Stück Handschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächen-Desinfektion Desoczept 500ml	<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 5 200 Stück Einmalhandschuhe 2 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 2 Stück Flächen-Desinfektion Desoczept 500ml	<input type="checkbox"/> individuelles Paket Stellen Sie sich Ihre individuelle Box zusammen. Sie können Stückzahl, Größe und Material bestimmen.

Handschuhgröße* **** Wenn nichts angekreuzt ist, werden Handschuhe in Größe M geliefert.**
 S (Small) M (Medium) L (Large) XL (Extra Large) wiederverwendbare Bettzwischenlagen (waschbar)

Material** **** Wenn nichts angekreuzt ist, wird Vinyl verwendet.**
 Vinyl Nitril

Lieferadresse - die monatliche Lieferung der SF Medical Box soll bitte erfolgen an:
 der/die Versicherten der/die Angehörigen/Pflegeperson an den Pflegedienst

Sie größtmögliche Auswahl des SF Medical Products GmbH Pflegepakets kann jedes Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen SF Medical Products GmbH Pflegepakete werden bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der SF Medical Products GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die SF Medical Products GmbH die Lieferung beenden. Hiermit beauftrage ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass Sie von keinem anderen Anbieter im Rahmen der Pflegeversorgung (§40 Abs. 2 SGB XI) Pflegehilfsmittel beziehen.

Name: _____ **WICHTIG:** Unterschrift des/der Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Betreuers/Betreuerin: _____

Bitte nicht vergessen!
 SF Medical Products GmbH • Alexander-Meißner-Straße 58 • 12526 Berlin, Deutschland • Geschäftsführer: Nikita Sauerwein
 HRB 103242 B/ Handelsregister: AG Charlottenburg

Potrzebujecie pomoc w wypełnianiu formularzy?

Chętnie odpowiemy na Państwa pytania przez telefon pod numerem 030/263 997 95!



Godziny przyjęć: Od poniedziałku do piątku od 08:00 do 16:00 godziny.



Telefon: 030/263 997 95



E-Mail: sales@sfmedical.de

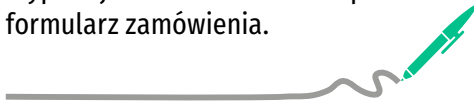


Web: www.sfmedical.de

5. Wytnij, przyklej, oszczędzaj na przesyłce! Wysyłaj aplikacje za darmo!

Tak więc bezpłatna wysyłka pocztą działa:

- 1 Wypełnij wniosek o fundusz opieki i formularz zamówienia.



- 2 Szablon koperty wyciąć i za darmo przyklej kopertę.



- 3 Wyślij formularze w kopercie. Nie potrzeba dodatkowej koperty.



**Opłatę pocztową przejmuje
SF Medical Products GmbH
dla Państwa!**

SF Medical Products GmbH
Alexander-Meißner-Straße 58
12526 Berlin, Deutschland
Internet: www.sfmedical.de

**Przy krótkiej
kopercie
proszę
tutaj uciąć**



Medical Products
GmbH

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

SF Medical Products GmbH
Alexander-Meißner-Straße 58
12526 Berlin, Deutschland