

Ihr 40 Euro- Pflegepaket



Haben Sie einen Pflegegrad oder pflegen Sie einen Angehörigen in häuslicher Umgebung?

Dann haben Sie einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegehilfsmittel im Wert von 40 € / Monat.

Sie brauchen lediglich den Antrag dafür auszufüllen - alles andere erledigen wir für Sie!

Wir reichen den Antrag bei der Krankenkasse ein und kümmern uns um alle weiteren Formalitäten.

Nach der Genehmigung erhalten Sie von uns Ihre Pflegebox - völlig kostenlos.

Eggenfelden
Schellenbruckstr. 3 | 84307 Eggenfelden
☎ 08721 / 12689-0  -15

Pfarrkirchen
Rottpark 24 | 84347 Pfarrkirchen
☎ 08561 / 41 66  910 998

Simbach Inn
Maximilianstr. 9 | 84359 Simbach am Inn
☎ 08571 / 44 10  921 204

Arnstorf
Im Parkwohnstift
Schönauer Str. 19 | 94424 Arnstorf
☎ 08723 / 303 - 1308  -2308

info@sanitaetshaus-goeldner.de
 08721 / 916310



Antragsformular schnell und bequem online ausfüllen - einfach den QR-Code mit dem Smartphone scannen:



Familienbetrieb **75** Jahren
seit

www.goeldner.de

Was ist drin?

Das entscheiden Sie selbst!

Den Inhalt Ihrer Pflegebox dürfen Sie bis zu einem Wert von 40 Euro aus folgenden Produkten zusammenstellen:



Einmal-Handschuhe



Mundschutz



Flächendesinfektion



Handdesinfektion



Schutzschürzen



Fingerlinge



Bettschutzeinlagen

Bestellformular

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

Versicherte(r)

Herr Frau

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr: _____

PLZ, Ort: _____

Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

Pflegeperson / Pflegedienst

Herr Frau

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Lieferanschrift

Versicherte(r) Pflegeperson / Pflegedienst

Mein Sanitätshaus

Sanitätshaus Göldner GmbH
IK 330906880

Schellenbruckstr. 3, 84307 Eggenfelden
Tel. 08721 12689-0 Fax: 08721 12689-15

Antrag auf Kostenübernahme

- 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.

Bitte ankreuzen

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.
<input type="checkbox"/> Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

- Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Anzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege	Pflegehilfsmittelpositionsnr.
<input type="text"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	54.40.01.4

- 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

_____ Unterschrift der/des Versicherten

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