

PFLEGE ZU HAUSE

Anspruch auf Pflegehilfsmittel – kostenfreie Lieferung nach Hause!

Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen (**Pflegegrad liegt vor**) einen gesetzlich geregelten Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die zur täglichen Versorgung eines Pflegebedürftigen zu Hause erforderlich sind.

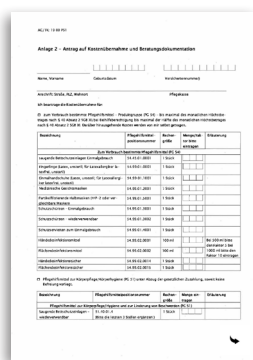
Im Rahmen dieser Regelung können Sie monatlich Pflegehilfsmittel im Wert von **bis zu 40,00 € kostenlos** beziehen. Als zusätzlichen Service bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich bezüglich der Pflegehilfsmittel telefonisch beraten und sich diese dann kostenlos nach Hause schicken zu lassen.

Was müssen Sie tun, damit wir Ihnen die Pflegehilfsmittel nach Hause schicken können?

1. Tragen Sie auf dem **Bestellformular / Antrag Kostenübernahme** sowie **Anlage 2** Ihre persönlichen Daten ein.
2. Kreuzen Sie auf dem **Bestellformular / Antrag Kostenübernahme** sowie **Anlage 2** an, welche Pflegehilfsmittel Sie benötigen.
3. Schicken Sie das Formular im beigelegten Rückumschlag portofrei an uns zurück.



Bestellformular / Antrag Kostenübernahme



Anlage 2



**Sie haben noch Fragen?
Wir sind persönlich für Sie da!**

**Montag – Freitag
08.00 – 12.00 Uhr
13.00 – 16.30 Uhr**

Hotline: 07071 4104-777



Bestellformular / Antrag Kostenübernahme

Versicherte(r)/Pflegerbedürftige(r)

Herr Frau

Vorname

Name

Telefon

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Geb.-Datum

Pflegekasse

Versicherten-Nr.

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ansprechpartner / Angehörige(r) / Betreuer(in)

Herr Frau

gesetzlich bevollmächtigt:

Vorname

Name

Telefon

Lieferadresse:

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Automatische Lieferung monatlich Automatische Lieferung alle Monate Lieferung auf Bestellung

Ich beantrage die Kostenübernahme zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) bis maximal 42,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 21,00 € monatlich), wie nachfolgend ausgefüllt.

Artikel (PG 54)	Mengen- einheit
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 60x90cm	25 Stück
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 40x60cm	30 Stück
Fingerlinge (Latex, unsteril / latexfrei, unsteril)	-
Einmalhandschuhe Größe: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	100 Stück
Mundschutz	50 Stück
FFP 2 Masken	5 Stück
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stück
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	100 Stück
Händedesinfektionsmittel	500 ml
Flächendesinfektionsmittel	500 ml
Händedesinfektionstücher	10 Stück
Flächendesinfektionstücher mit Alkohol	80 Stück
Flächendesinfektionstücher ohne Alkohol	100 Stück

benötigt werden		€
Ja	Nein	
		ca. 15 €
		ca. 15 €
		-
		ca. 10 €
		ca. 9 €
		ca. 4 €
		ca. 16 €
		ca. 25 €
		ca. 16 €
		ca. 8 €
		ca. 7 €
		ca. 3 €
		ca. 10 €
		ca. 12 €



Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene - Produktgruppe (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel (PG 51)	Mengen- einheit
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	Stück

benötigt werden		Anzahl/Einheit max. 2 im Jahr
Ja	Nein	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
Orthopädie Brillinger GmbH & Co. KG Handwerker-Park 25 • 72070 Tübingen	<u>3 3 0 8 4 0 1 0 8</u>

- Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
 - welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

- Form des Beratungsgesprächs:
- Beratung in den Geschäftsräumen
 - Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat)
 - Beratung in der Häuslichkeit
 - mich persönlich und/oder
 - meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

Der o.g. Leistungserbringer hat beraten

..... Datum

..... Beratende/r Mitarbeiter/in

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

X

Datum

X

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

<p>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</p> <p><input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI</p> <p><input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI</p> <p>(Datum)</p>	<p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</p> <p>(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)</p>
--	---

Versorgung, Auf- und Zuzahlung, Datenschutz

Angaben zum Versicherten

Vor- und Zuname: _____ Geburtstag: _____

Hilfsmittel: _____ Vorgangsnummer: _____

Eingangsdatum der Verordnung: _____ Verordnungsdatum: _____

Emailadresse: _____ Telefonnummer: _____

Es handelt sich um eine Dauerversorgung mit zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln. Die in diesem Protokoll festgehaltenen Erklärungen gelten für den Zeitraum ununterbrochener Versorgung, vorbehaltlich eines Widerspruchs durch den Kunden.

1. Freie Wahl des Leistungserbringers/Wechsel des Leistungserbringers

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie einen Anspruch auf freie Wahl des Leistungserbringers haben. Dieses Recht kann durch erfolgte Ausschreibungen Ihres Kostenträgers oder auch durch eine von Ihnen zuvor erfolgte Entscheidung für ein spezifisches Versorgungs- oder Entlassmanagement-Konzept einer stationären Einrichtung eingeschränkt sein. Sollten Sie im Rahmen Ihres Wahlrechts einen anderen Leistungserbringer wünschen, so teilen Sie uns dies bitte **vor Beginn Ihrer Versorgung** mit. Ein Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer während der Versorgung ist nur in Abstimmung mit uns möglich und kann insbesondere bei gleichzeitiger Beauftragung mehrerer Leistungserbringer Mehrkosten für Sie verursachen. Änderungen in Ihrem persönlichen Versichertenstatus (insbesondere ein eventueller Wechsel des Kostenträgers) während der Versorgung teilen Sie uns bitte umgehend mit.

2. Beratung über Ihre Versorgung

Wir sind präqualifizierter Leistungserbringer und versorgen Sie auf Basis der Verordnung Ihres Arztes mit Hilfsmitteln und ggf. zusätzlichen Leistungen entsprechend der festgestellten Indikation. Wir haben Sie in einem Gespräch über geeignete und notwendige Hilfsmittel/Leistungen für Ihre konkrete Versorgungssituation beraten.

3. Gesetzliche Zuzahlung nach SGB V/XI (nur gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung)

Hilfsmittelversorgungen im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind in der Regel zuzahlungspflichtig. Bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10% des vertraglich mit dem Kostenträger vereinbarten Versorgungswertes, mind. 5,00 €, max. 10,00 €, jedoch nicht mehr als der Versorgungswert des Hilfsmittels. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln wird die Zuzahlung auf Basis des Monatsbedarfs je Indikation ermittelt. In diesem Fall entfällt der Mindestwert. Sofern Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit sind, sind Sie verpflichtet, uns dies vor Beginn der Versorgung anhand Ihres Befreiungsausweises nachzuweisen.

4. Mehrkosten

Der Umfang der Kostenübernahme durch die Sozialversicherungsträger ist in den Sozialgesetzbüchern geregelt. In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung müssen die Leistungen beispielsweise ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Wir führen in unserem Portfolio in allen Leistungsbereichen Produkte, mit denen wir Sie dem gesetzlichen Umfang entsprechend aufzahlungsfrei versorgen können. Wünschen Sie eine Versorgung, die diesen Leistungsumfang übersteigt, müssen Sie die entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Diese Mehrkosten können von Ihrem Kostenträger nicht erstattet werden.

5. Form des Beratungsgesprächs:

- Persönliche Beratung in den Geschäftsräumen telefonische Beratung
- Beratung am Aufenthaltsort des Versicherten: Hausbesuch Krankenhaus Pflegeheim
- Sonstiger Ort: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass wir Sie über den Umfang Ihrer Versorgung, insbesondere über geeignete und notwendige Hilfsmittel, Ihr Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers, die gesetzliche Zuzahlung und die Regelungen zu eventuell entstehenden Mehrkosten umfassend beraten und informiert haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Einwilligungserklärung

Ich willige ein:

a. Foto-/Videodokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass meine Fotos/Videos, die sensible Daten enthalten, für interne Schulungszwecke verwendet werden. Dabei werden wir zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten Ihre Identifizierungsmöglichkeiten so weit wie möglich unterdrücken. Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

b. Informationen über Veranstaltungen

Ich möchte über Patientenveranstaltungen der Firma Brillinger informiert werden.

Diese Einwilligungen sind freiwillig erteilt worden. Falls Sie uns Einwilligungen erteilt haben, so können Sie jede einzelne Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die von uns aufgrund Ihrer Einwilligung verarbeiteten personenbezogenen Daten werden dann unverzüglich gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzl. Vertreters

Die Beratung erfolgte durch:

Name/Unterschrift des Mitarbeiters

Datenschutzhinweise

Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene Daten zu verarbeiten. Wir verarbeiten Daten nur in dem Umfang, wie es für Ihre Versorgung erforderlich ist. Unsere Mitarbeiter und eventuelle Auftragsverarbeiter sind auf die Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses nach dem Bundesdatenschutzgesetz, der EU-Datenschutzgrundverordnung und des Sozialgesetzbuches verpflichtet.

Hinweis zur verantwortlichen Stelle

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

Orthopädie Brillinger GmbH & Co. KG
Handwerkerpark 25
72070 Tübingen

Telefon: +49 (0) 7071 4104-0

E-Mail: datenschutz@brillinger.de

Verantwortliche Stelle ist die natürliche oder juristische Person, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten (z.B. Namen, E-Mail-Adressen o. Ä.) entscheidet.

Gesetzlich vorgeschriebener Datenschutzbeauftragter

Wir haben für unser Unternehmen einen Datenschutzbeauftragten bestellt.

Herr Arno Schlösser

DP Dock DPO Services GmbH, Gruffkamp 10, 24159 Kiel

a) Allgemein

Hiermit informieren wir Sie, dass wir

- die für Ihre Versorgung notwendigen Daten verarbeiten
- Sie aufgrund der sich aus der MDR ergebenden gesetzlichen Verpflichtung zur Nachsorge kontaktieren werden.
- die für eine Paketverfolgung erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten
- für den Fall, dass wir Ihnen Informationen über Produkte und Veranstaltungen zukommen lassen, die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten.

b) Rechtsgrundlagen

Die Verarbeitung Ihrer Daten beruht auf Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Absatz 1 Satz 1 lit. a) DSGVO und auf einer rechtlichen Verpflichtung gem. Art. 6 Absatz 1 Satz 1 lit. c) DSGVO.

c) Speicherdauer

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten verbleiben bei uns, bis Sie uns entweder zur Löschung auffordern, Ihre Einwilligung zur Speicherung widerrufen oder der Zweck für die Datenspeicherung entfällt. Eine Löschung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt, sobald die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht mehr erforderlich ist.

d) Empfänger

Im gesetzlich und kassenvertraglich geregelten Umfang werden die für Ihre Versorgung notwendigen Daten

- an Ihren Leistungsträger (i. d. R. Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder Unfallversicherung) weitergegeben und/oder diese
- für eine im Rahmen der gesetzlichen Regelungen stattfindende Begutachtung des medizinischen Dienstes an diesen weitergegeben und/oder diese
- im Bedarfsfall an Drittfirmen für Serviceleistungen, die wir nicht selbst erbringen, weitergegeben und/oder diese
- an Ihren behandelnden Arzt oder den involvierten Pflegedienst weitergegeben.

e) Gesetzliche Verpflichtung zur Bereitstellung personenbezogener Daten

Sie werden hiermit darüber aufgeklärt, dass Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich ist, damit ihr Leistungsträger seine Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann.

Bitte wenden



f) Ihre Rechte

Sie haben das Recht,

1. eine **Bestätigung** darüber zu verlangen, ob wir Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeiten. Ist dies der Fall, haben Sie das Recht auf **Auskunft** über diese Verarbeitung.
2. die **Berichtigung** bzw. Ergänzung unrichtiger bzw. unvollständiger Daten zu verlangen.
3. eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft für die Zukunft zu **widerrufen**.
4. in bestimmten Fällen die **Löschung** von Daten zu verlangen.
5. unter bestimmten Voraussetzungen die **Einschränkung** der Verarbeitung zu verlangen.
6. unter bestimmten Voraussetzungen auf **Datenübertragbarkeit**, d.h. Sie können Ihre Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format erhalten oder an einen anderen Verantwortlichen übermitteln lassen.
7. sich bei einer **Aufsichtsbehörde** zu **beschweren**.

Widerspruchsrecht: Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund unseres berechtigten Interesses erfolgt, Widerspruch einzulegen. Dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihren Interessen, Rechten und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.