brillinger ottobock.care

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 und das Datum ein. Unterschreiben Sie abschließend das Formular.

2. Kreuzen Sie auf dem Bestellformular / Antrag Kostenübernahme sowie Anlage 2 an, welche Pflegehilfsmittel Sie zur kostenlosen Lieferung bestellen wollen.

3. Schicken Sie das Formular im beigelegten Rückumschlag portofrei an uns zurück – unsere Adresse ist dort bereits aufgedruckt.

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

PflegeSet

brillinger ottobock.care

Orthopädie Brillinger GmbH & Co. KG

Handwerkerpark 25
72070 Tübingen

Tel. 07071 4104-777
Fax 07071 4104-680

IK-Nr. 330840108

Bestellformular / Antrag Kostenübernahme

Versicherte(r)/Pflegebedürftige(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 40,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich), wie nachfolgend ausgefüllt.**

Artikel (PG 54)	Mengen-einheit	**benötigt werden**		**€**
		Ja	**Nein**	
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 60x90cm	25 Stück			ca. 15 €
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 40x60cm	30 Stück			ca. 15 €
Fingerlinge (Latex, unsteril / latexfrei, unsteril)	–			–
Einmalhandschuhe Größe: S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐	100 Stück			ca. 10 €
Mundschutz	50 Stück			ca. 9 €
FFP 2 Masken	5 Stück			ca. 4 €
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück			ca. 16 €
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stück			ca. 25 €
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	100 Stück			ca. 16 €
Händedesinfektionsmittel	500 ml			ca. 8 €
Flächendesinfektionsmittel	500 ml			ca. 7 €
Händedesinfektionstücher	10 Stück			ca. 3 €
Flächendesinfektionstücher **mit** Alkohol	80 Stück			ca. 10 €
Flächendesinfektionstücher **ohne** Alkohol	100 Stück			ca. 12 €

PflegeSet

brillinger ottobock.care

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	benötigt werden		Anzahl/Einheit max. 2 im Jahr
		Ja	Nein	
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	Stück			

durch folgenden Leistungserbringer:

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

☐ **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.

✗ Datum ..... ✗ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten .....

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

2024-04_MKT

AC/TK: 19 00 P51

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname _____ Geburtsdatum ☐☐☐☐☐☐☐☐ Versichertennummer) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort _____ Pflegekasse _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	☐☐☐	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	☐☐☐	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	☐☐☐	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	☐☐☐	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	☐☐☐	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	☐☐☐	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	☐☐☐	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	☐☐☐	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	☐☐☐	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	☐☐☐	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	☐☐☐	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	☐☐☐	

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen-größe	Menge ein-tragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	☐☐☐	

AC/TK: 19 00 P51

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen

☐ 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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

☐ PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Beratungsprotokoll

Versorgung, Auf- und Zuzahlung, Datenschutz

Angaben zum Versicherten

Vor- und Zuname: _____ Geburtstag: _____

Hilfsmittel: _____ Vorgangsnummer: _____

Eingangsdatum der Verordnung: _____ Verordnungsdatum: _____

☐ 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 ggfls. 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, der Mindestwert entfällt. 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

6. Datenschutz

a) Allgemein

Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung ist es erforderlich, persönliche 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 Bundesdatenschutz-gesetz, der EU Datenschutzgrundverordnung und des Sozialgesetzbuches verpflichtet.
Hiermit informieren wir Sie, dass wir

- die für Ihre Versorgung notwendigen Daten verarbeiten und diese
- im gesetzlich und kassenvertraglich geregeltem Umfang an Ihren Leistungsträger (i. d. R. Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder Unfallversicherung) weitergeben und/oder diese
- für eine im Rahmen der gesetzlichen Regelungen stattfindende Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) an diesen weitergeben und/oder diese
- im Bedarfsfall an Drittfirmen für Serviceleistungen, die wir nicht selbst erbringen weitergeben und/oder diese an
- Ihren behandelnden Arzt oder den involvierten Pflegedienst weitergeben

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass:

- mein Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich ist, damit mein Leistungsträger seine Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann.

b) Foto-/Videodokumentation

☐ Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass die Firma Brillinger Fotos und/oder Videos von Ihrer Versorgung erstellt und diese auf Anforderung des Kostenträgers an den MDK zur besseren Beurteilung weiterleitet und/oder diese zur Dokumentation des Versorgungsverlaufes dem behandelnden Arzt oder Therapeuten zur Verfügung stellt.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein Foto anonymisiert für interne Schulungszwecke verwendet wird.

c) Datenweitergabe zur Paketverfolgung

☐ Um eine gewünschte Zustellung von Produkten per Paketdienst besser terminieren zu können (Ankündigung der Zustellung), erkläre ich mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass die Firma Brillinger die folgende Mobiltelefonnummer und/or die E-Mailadresse an den Paket-Dienstleister weitergibt:
Mobiltelefon: _____; E-Mail: _____

d) Informationen über Produkte und Veranstaltungen

☐ Ich möchte künftig über Produkte und Veranstaltungen der Firma Brillinger per Post/E-Mail und/oder per Telefon informiert werden: (E-Mail-Adresse / Telefonnummer)_____

MDR-Nachsorge

Aufgrund der sich aus der MDR ergebenden gesetzlichen Verpflichtung zur Nachsorge wird mich die Firma Brillinger kontaktieren.

Diese Einwilligungen sind freiwillig erteilt worden. Falls Sie uns Einwilligungen erteilt haben, so können Sie diese jederzeit widerrufen. Eine Beschreibung wie Sie diese und andere Rechte umsetzen sowie weitere Grundlagen der Datenverarbeitung finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite, insbesondere in den Abschnitten „Ihre Rechte im Bereich Datenschutz als Nutzer dieser Webseite (Betroffenenrechte)“ und „Kontaktdaten“.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten/gesetzl. Vertreters

Die Beratung erfolgte durch: _____

Name/Unterschrift des Mitarbeiters