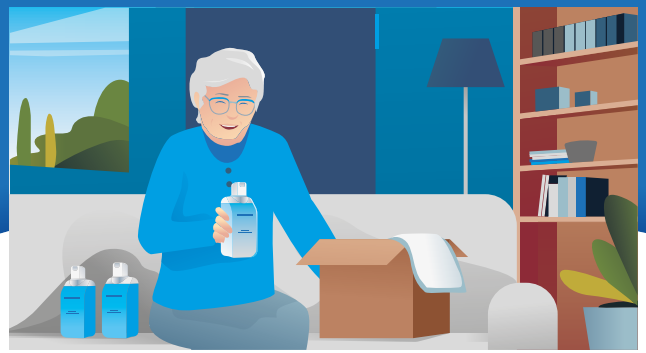


Zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel werden von der Pflegekasse bis zu einem Betrag von 40 Euro pro Monat bezuschusst.

Pflegende haben Anspruch auf eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen.

Pflegehilfsmittel werden nur bezahlt, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit entsprechender Einstufung vorliegt.
Der Antrag auf die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels zum Verbrauch kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden.

Zu den Verbrauchsgütern in unseren Pflegepaketen zählen:

- Desinfektionsmittel
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz
- Schutzschürzen
- Saugende Bettschutzeinlagen

Hauptsitz Dillingen
Hans-Geiger-Str. 2
89407 Dillingen
Tel. 09071 5868-0

Filiale Augsburg
Karlstr. 12
86150 Augsburg
Tel. 0821 4551040

Filiale Neu-Ulm
Donaustr. 4
89231 Neu-Ulm
Tel. 0731 7253330

mail@hilscher.de
www.hilscher.de

hilscher
DAS SANITÄTSHAUS

Ihre Gesundheit ist unser Auftrag.
Ihr 40 Euro-Pflegepaket

hilscher
DAS SANITÄTSHAUS

Ihr Pflegepaket bekommen Sie kostenlos von uns nach Hause geliefert.

Hilscher-Pflegepakete

Pflegepaket Nr. 1
75 Stück Bettschutzeinlagen

Pflegepaket Nr. 2
75 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Einmalhandschuhe

Pflegepaket Nr. 3
50 Stück Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

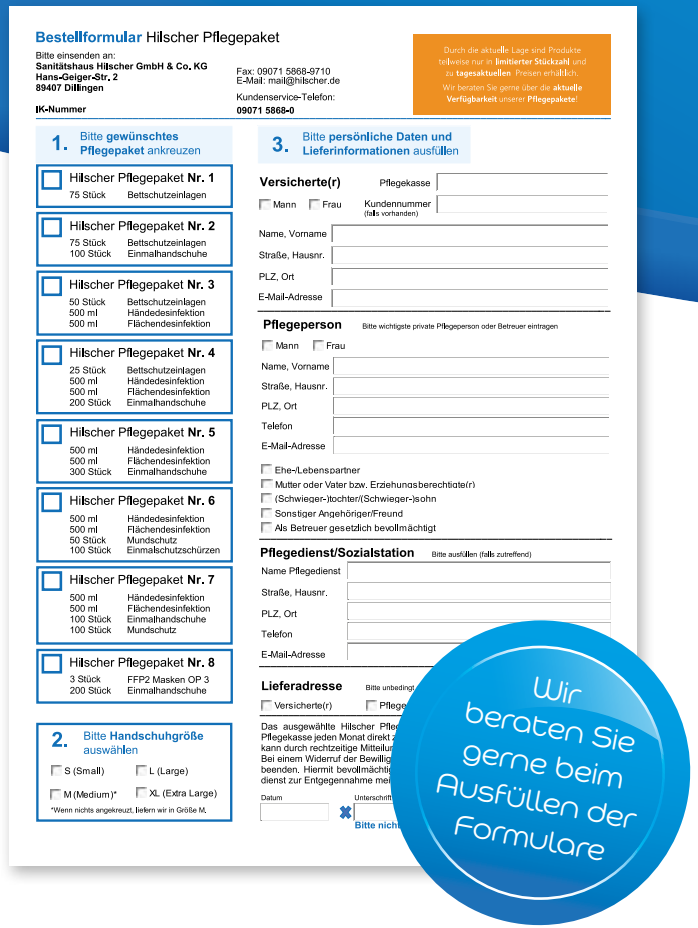
Pflegepaket Nr. 4
25 Stück Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
200 Stück Einmalhandschuhe

Pflegepaket Nr. 5
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
300 Stück Einmalhandschuhe

Pflegepaket Nr. 6
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 Stück Mundschutz
100 Stück Einmalschutzschürzen

Pflegepaket Nr. 7
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
100 Stück Einmalhandschuhe
100 Stück Mundschutz

Pflegepaket Nr. 8
3 Stück FFP2 Masken OP 3
200 Stück Einmalhandschuhe



Bestellformular Hilscher Pflegepaket

Bitte einsenden an:
Sanitätshaus Hilscher GmbH & Co. KG
Hans-Geiger-Str. 2
89407 Dillingen

Fax: 09071 5868-9710
E-Mail: mail@hilscher.de

Kundenservice-Telefon:
09071 5868-0

IK-Nummer

Durch die aktuelle Lage sind Produkte teilweise nur in **limitierter Stückzahl** und zu **tagesaktuellen** Preisen erhältlich.
Wir beraten Sie gerne über die **aktuelle Verfügbarkeit** unserer **Pflegepakete**!

1. Bitte **gewünschtes Pflegepaket** ankreuzen

- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 1** — 75 Stück Bettschutzeinlagen
- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 2** — 75 Stück Bettschutzeinlagen; 100 Stück Einmalhandschuhe
- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 3** — 50 Stück Bettschutzeinlagen; 500 ml Händedesinfektion; 500 ml Flächendesinfektion
- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 4** — 25 Stück Bettschutzeinlagen; 500 ml Händedesinfektion; 500 ml Flächendesinfektion; 200 Stück Einmalhandschuhe
- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 5** — 500 ml Händedesinfektion; 500 ml Flächendesinfektion; 300 Stück Einmalhandschuhe
- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 6** — 500 ml Händedesinfektion; 500 ml Flächendesinfektion; 50 Stück Mundschutz; 100 Stück Einmalschutzschürzen
- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 7** — 500 ml Händedesinfektion; 500 ml Flächendesinfektion; 100 Stück Einmalhandschuhe; 100 Stück Mundschutz
- ☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 8** — 3 Stück FFP2 Masken OP 3; 200 Stück Einmalhandschuhe

2. Bitte **Handschuhgröße** auswählen

☐ S (Small) ☐ L (Large)
☐ M (Medium)* ☐ XL (Extra Large)

*Wenn nichts angekreuzt, liefern wir in Größe M.

3. Bitte **persönliche Daten und Lieferinformationen** ausfüllen

Versicherte(r) Pflegekasse
☐ Mann ☐ Frau Kundennummer (falls vorhanden)
Name, Vorname
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
E-Mail-Adresse

Pflegeperson Bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen
☐ Mann ☐ Frau
Name, Vorname
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon
E-Mail-Adresse
☐ Ehe-/Lebenspartner
☐ Mutter oder Vater bzw. Erziehungsberechtigte(r)
☐ (Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn
☐ Sonstiger Angehöriger/Freund
☐ Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt

Pflegedienst/Sozialstation Bitte ausfüllen (falls zutreffend)
Name Pflegedienst
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon
E-Mail-Adresse

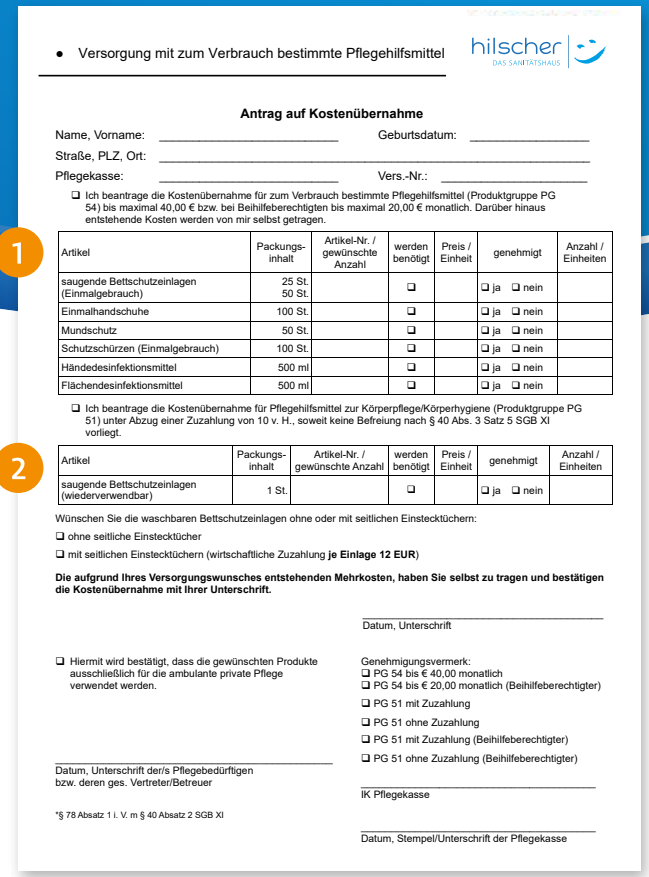
Lieferadresse Bitte unbedingt
☐ Versicherte(r) ☐ Pflege

Das ausgewählte Hilscher Pflegepaket wird Ihrer Pflegekasse jeden Monat direkt zugeschickt. Sie kann durch rechtzeitige Mitteilung Ihre Versorgung Bei einem Widerruf der Bewilligung Ihrer Versorgung beenden. Hiermit bevollmächtigen wir den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner

Datum Unterschrift

Bitte nicht

Wir beraten Sie gerne beim Ausfüllen der Formulare



- Versorgung mit zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

hilscher DAS SANITÄTSHAUS

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, PLZ, Ort: _____
Pflegekasse: _____ Vers.-Nr.: _____

❑ Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

1

Artikel	Packungs-inhalt	Artikel-Nr. / gewünschte Anzahl	werden benötigt	Preis / Einheit	genehmigt	Anzahl / Einheiten
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 St. 50 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Einmalhandschuhe	100 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Mundschutz	50 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Händedesinfektionsmittel	500 ml		❑		❑ ja ❑ nein	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml		❑		❑ ja ❑ nein	

❑ 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.

2

Artikel	Packungs-inhalt	Artikel-Nr. / gewünschte Anzahl	werden benötigt	Preis / Einheit	genehmigt	Anzahl / Einheiten
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1 St.		❑		❑ ja ❑ nein	

Wünschen Sie die waschbaren Bettschutzeinlagen ohne oder mit seitlichen Einstecktüchern:
❑ ohne seitliche Einstecktücher
❑ mit seitlichen Einstecktüchern (wirtschaftliche Zuzahlung **je Einlage 12 EUR**)

Die aufgrund Ihres Versorgungswunsches entstehenden Mehrkosten, haben Sie selbst zu tragen und bestätigen die Kostenübernahme mit Ihrer Unterschrift.

Datum, Unterschrift

❑ Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Genehmigungsvermerk:
❑ PG 54 bis € 40,00 monatlich
❑ PG 54 bis € 20,00 monatlich (Beihilfeberechtigter)
❑ PG 51 mit Zuzahlung
❑ PG 51 ohne Zuzahlung
❑ PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
❑ PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)

Datum, Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer

IK Pflegekasse

*§ 78 Absatz 1 i. V. m § 40 Absatz 2 SGB XI

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

Auswahl und Bestellung:

Wählen Sie unter den aufgeführten Pflegepaketen und füllen Sie für Ihre Bestellung unser **Antragsformular** sowie unser **Bestellformular** aus. Senden Sie diese an die **Fax-Nr. 09071 5868-9710** oder schicken Sie es uns per Freiumschlag zu. Optional senden Sie Ihre Bestellung an **mail@hilscher.de** oder Sie laden die Formulare über unseren Rezeptservice auf **www.hilscher.de** hoch.

Wichtiger Hinweis:

Um eine Kostenübernahme zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass Sie Ihre Hilfsmittel immer bei demselben Lieferanten bestellen. Ihr Leistungserbringer erhält den Auftrag von Ihrer Kasse nach Genehmigung Ihres Antrags.

Um die Genehmigung bei den Krankenkassen zu vereinfachen, beachten Sie bitte die folgenden Hinweise zu Ihrer Antragstellung.

1 Hier kreuzen Sie alle benötigten Pflegehilfsmittel an. Bis zur maximalen Grenze von insgesamt 40 Euro werden diese von der Pflegekasse übernommen.

2 Hier können Sie zusätzlich als Pflegehilfsmittel die wiederverwendbare Bettschutzeinlage beantragen. Diese fällt nicht unter die 40-Euro-Regelung. Beachten Sie bitte den Hinweis auf eventuelle Zuzahlung, wenn Sie noch nicht befreit sind.

Bestellformular Hilscher Pflegepaket

Bitte einsenden an:
Sanitätshaus Hilscher GmbH & Co. KG
Hans-Geiger-Str. 2
89407 Dillingen

IK-Nummer 330970572

Fax: 09071 5868-9710
E-Mail: mail@hilscher.de

Kundenservice-Telefon:
09071 5868-0

Durch die aktuelle Lage sind Produkte teilweise nur in **limitierter Stückzahl** und zu **tagesaktuellen** Preisen erhältlich.

Wir beraten Sie gerne über die **aktuelle Verfügbarkeit** unserer **Pflegepakete**!

1. Bitte **gewünschtes Pflegepaket** ankreuzen

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 1**
75 Stück Bettschutzeinlagen

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 2**
75 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Einmalhandschuhe

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 3**
50 Stück Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 4**
25 Stück Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
200 Stück Einmalhandschuhe

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 5**
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
300 Stück Einmalhandschuhe

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 6**
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 Stück Mundschutz
100 Stück Einmalschutzschürzen

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 7**
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
100 Stück Einmalhandschuhe
100 Stück Mundschutz

☐ Hilscher Pflegepaket **Nr. 8**
3 Stück FFP2 Masken OP 3
200 Stück Einmalhandschuhe

2. Bitte **Handschuhgröße** auswählen

☐ S (Small) ☐ L (Large)

☐ M (Medium)* ☐ XL (Extra Large)

*Wenn nichts angekreuzt, liefern wir in Größe M.

3. Bitte **persönliche Daten und Lieferinformationen** ausfüllen

Versicherte(r)

Pflegekasse

☐ Mann ☐ Frau

Kundennummer (falls vorhanden)

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Pflegeperson

Bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen

☐ Mann ☐ Frau

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

☐ Ehe-/Lebenspartner
☐ Mutter oder Vater bzw. Erziehungsberechtigte(r)
☐ (Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn
☐ Sonstiger Angehöriger/Freund
☐ Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt

Pflegedienst/Sozialstation

Bitte ausfüllen (falls zutreffend)

Name Pflegedienst

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Lieferadresse

Bitte unbedingt ausfüllen

☐ Versicherte(r) ☐ Pflegeperson/Betreuung

Das ausgewählte Hilscher Pflegepaket wird bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse jeden Monat direkt zu mir nach Hause geschickt. Die getroffene Auswahl kann durch rechtzeitige Mitteilung geändert oder die Lieferung unterbrochen werden. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Hilscher GmbH & Co. KG die Lieferung beenden. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.

Datum

✖ Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Bitte nicht vergessen!

IK 330970572

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Pflegekasse: _____ Vers.-Nr.: _____

❑ Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Packungs-inhalt	Artikel-Nr. / gewünschte Anzahl	werden benötigt	Preis / Einheit	genehmigt	Anzahl / Einheiten
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 St. 50 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Einmalhandschuhe	100 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Mundschutz	50 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 St.		❑		❑ ja ❑ nein	
Händedesinfektionsmittel	500 ml		❑		❑ ja ❑ nein	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml		❑		❑ ja ❑ nein	

❑ 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.

Artikel	Packungs-inhalt	Artikel-Nr. / gewünschte Anzahl	werden benötigt	Preis / Einheit	genehmigt	Anzahl / Einheiten
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1 St.		❑		❑ ja ❑ nein	

Wünschen Sie die waschbaren Bettschutzeinlagen ohne oder mit seitlichen Einstecktüchern:

❑ ohne seitliche Einstecktücher

❑ mit seitlichen Einstecktüchern (wirtschaftliche Zuzahlung **je Einlage 12 EUR**)

Die aufgrund Ihres Versorgungswunsches entstehenden Mehrkosten, haben Sie selbst zu tragen und bestätigen die Kostenübernahme mit Ihrer Unterschrift.

_____
Datum, Unterschrift

❑ Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

_____
Datum, Unterschrift der/s Pflegebedürftigen
bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer

Genehmigungsvermerk:
❑ PG 54 bis € 40,00 monatlich
❑ PG 54 bis € 20,00 monatlich (Beihilfeberechtigter)
❑ PG 51 mit Zuzahlung
❑ PG 51 ohne Zuzahlung
❑ PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
❑ PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)

_____
IK Pflegekasse

_____
Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

*§ 78 Absatz 1 i. V. m § 40 Absatz 2 SGB XI

Ausschneiden, kleben, Porto sparen!

Anträge kostenlos versenden!

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post

ANTWORT

Sanitätshaus Hilscher GmbH & Co. KG
Hans-Geiger-Str. 2
89407 Dillingen

Und so funktioniert die kostenfreie Versendung per Post:

- Antrag für Pflegekasse und Hilscher Bestellformular ausfüllen.
- Die Briefumschlag-Vorlage ausschneiden und auf einen freien Briefumschlag kleben.
- Formulare im Briefumschlag versenden.
  Kein zusätzlicher Briefumschlag nötig.

Das Porto übernimmt Sanitätshaus Hilscher für Sie!