



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

Ihre Gesundheit
ist unser Auftrag.
Ihr 40 Euro-
Pflegepaket

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

hilscher | 
DAS SANITÄTSHAUS

Ihr Pflegepaket bekommen Sie kostenlos von uns nach Hause geliefert.

Hilscher-Pflegepakete

Pflegepaket Nr. 1

75 Stück Bettschutzeinlagen



Pflegepaket Nr. 2

50 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
100 Stück Einmalhandschuhe



Pflegepaket Nr. 5

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
200 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 5
200 Stück Einmalhandschuhe

Hinweis: Sollte kein passendes Paket für Sie dabei sein können wir gerne ein individuelles Paket zusammenstellen.

Bestellformular Hilscher Pflegepaket

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

Fax: 09071 5868-0710
E-Mail: mail@hilscher.de
Kundenservice-Telefon:
09071 5868-0

gültig ab: 01.06.2024

IK-Nummer 330970572

1. Bitte gewünschtes Pflegepaket ankreuzen

Hilscher Pflegepaket Nr. 1
75 Stück Bettschutzeinlagen

Hilscher Pflegepaket Nr. 2
50 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
100 Stück Einmalhandschuhe

Hilscher Pflegepaket Nr. 5
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
200 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 5
200 Stück Einmalhandschuhe

2. Bitte Handschuhgröße auswählen

S (Small) L (Large)
 M (Medium)* XL (Extra Large)
*Wenn nichts angekreuzt, liefern wir in Größe M.

Hinweis: Sollte kein passendes Paket für Sie dabei sein können wir gerne ein individuelles Paket zusammenstellen.

FB 8.5.1-05-19

3. Bitte persönliche Daten und Lieferinformationen ausfüllen

Versicherte(r)

Mann Frau

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Pflegeperson

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

Name Pflegedienst

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Lieferadresse

Versicherte(r) Pflegeperson

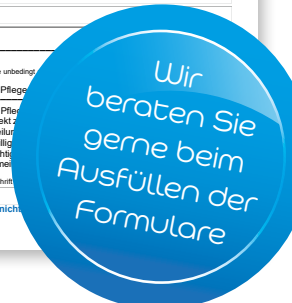
Das ausgewählte Hilscher Pflegepaket wird Ihnen innerhalb eines Monats direkt an Ihre Lieferadresse geliefert.

Bei einem Widerruf der Bestellung wird das Paket nicht an Ihre Lieferadresse verschickt.

Bitte nicht unterschreiben!

Datum

Unterschrift



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.

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

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 des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	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		
Partikeelfiltrierende 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
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
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	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stück		(Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)

FB 8.5.1-05-18

Version 08

Seite 1 von 2

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

- 1 Bis zur maximalen Grenze von 40 Euro werden die Kosten von der Pflegekasse übernommen. Sie können sich bzgl. der Menge an unseren Hilscher-Pflegepaketen orientieren, da diese 40 Euro nicht überschreiten.
- 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

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

Kundenservice-Telefon:
09071 5868-0

gültig ab: 01.06.2024

IK-Nummer 330970572

1. Bitte gewünschtes Pflegepaket ankreuzen

Hilscher Pflegepaket Nr. 1
75 Stück Bettgeschutzeinlagen

Hilscher Pflegepaket Nr. 2
50 Stück Bettgeschutzeinlagen
100 Stück Einmalhandschuhe

Hilscher Pflegepaket Nr. 3
50 Stück Bettgeschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

Hilscher Pflegepaket Nr. 4
25 Stück Bettgeschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
100 Stück Einmalhandschuhe

Hilscher Pflegepaket Nr. 5
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
200 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 5
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!

Hinweis: Sollte kein passendes Paket für Sie dabei sein können wir gerne ein individuelles Paket zusammenstellen.

● Versorgung mit zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

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 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/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung				
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)								
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

- 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	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

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

● Versorgung mit zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Sanitätshaus Hilscher GmbH & Co. KG Hans-Geiger-Str. 2 89407 Dillingen	330970572

- 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 <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</p> <p>(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)</p>
--	---