



**Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse bis zu einem Betrag von 42 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:**

- Desinfektionstücher
- Desinfektionsmittel
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz
- Schutzschürzen
- Saugende Bettschutzeinlagen

Ihre Gesundheit  
ist unser Auftrag.  
Ihr 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**  
Donastr. 4  
89231 Neu-Ulm  
Tel. 0731 7253330

[mail@hilscher.de](mailto:mail@hilscher.de)  
[www.hilscher.de](http://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  
IK-Nummer 330970572

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

#### 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.

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

##### Versicherte(r)

Mann  Frau

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)  Pflegekassen

Das ausgewählte Hilscher Pflegepaket wird Ihnen innerhalb eines Monats direkt an Ihre Pflegekasse jeden Monat direkt an Ihre Pflegekasse

kann durch rechtzeitige Mitteilung an die Pflegekasse

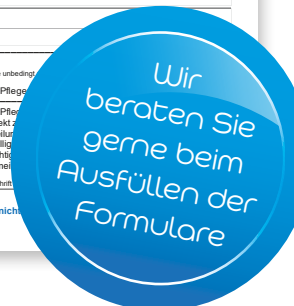
Bei einem Widerruf der Bestellung wird die Pflegekasse

den Betrag zur Entgegennahme der Pflegekasse

zurückgezahlt. Bitte rechtzeitig an die Pflegekasse

melden. Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte nicht unterschreiben!



## 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 Behilferechtigung 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 bitten eintragen	Erfütterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
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	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erfütterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stück		

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 42 Euro werden die Kosten von der Pflegekasse übernommen. Sie können sich bzgl. der Menge an unseren Hilscher-Pflegepaketen orientieren, da diese 42 Euro nicht überschreiten
- 2 Hier können Sie zusätzlich als Pflegehilfsmittel die wiederverwendbare Bettschutzeinlage beantragen. Diese fällt nicht unter die 42-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
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
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
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		

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><b>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</b></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>
--	---