

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></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)

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



WECHSELERKLÄRUNG

Hinweis

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss. Für zurück gesendete Pakete erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 9,90 Euro.

Hinweise zum Datenschutz

Mit meiner Unterschrift, willige ich ein, dass folgende personenbezogene Daten (Vorname, Nachname, Anschrift) zwecks Ausführung (Versand) meiner Bestellung an den derzeitigen Versandanbieter (welcher zuvor durch das Sanitätshaus Tingelhoff autorisiert wird), übermittelt werden. Name und Anschrift des derzeitigen Versandanbieters erhalten Sie auf unserer Homepage: www.meine-pflegehilfsmittel.de/drittanbieter sowie auf eine telefonische Nachfrage. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Interesse an Informationen

Mit Ankreuzen des vorstehenden Kästchens und meiner Unterschrift, willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die Sanitätshaus Tingelhoff GmbH ein. Ihre Daten werden zu Werbezwecken nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die private Pflege verwendet werden dürfen (und nicht für den Bedarf von Pflegediensten gedacht sind).

Unterschrift Versicherte/r/Bevollmächtigte/r

Ort/Datum

Handschuhgröße (Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.)

- S M L XL

Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden:

- Versicherte/n Pflegeperson

Selbstabholung in einer Filiale:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Do-Zentrale
Am Zehnthof 71
44141 Dortmund | <input type="checkbox"/> Do-Körne
Körner Hellweg 100
44143 Dortmund | <input type="checkbox"/> Do-Innenstadt
Ostenhellweg 60
44135 Dortmund | <input type="checkbox"/> Do-Brackel
Am Knappschafts Krankenhaus 1,
44309 Dortmund |
| <input type="checkbox"/> Kamen
Nordenmauer 18
59174 Kamen | <input type="checkbox"/> Bochum
Werner Hellweg 477
44894 Bochum | <input type="checkbox"/> Unna
Falkstraße 2
59423 Unna | <input type="checkbox"/> Schwerte
Bahnhofstraße 20
58239 Schwerte |
| <input type="checkbox"/> Ahlen
Parkstraße 2
59227 Ahlen | | | |