

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Name, Vorname:*	Herr ☐ Frau ☐		
Straße, Hausnummer:*			
PLZ, Ort:*	Telefon/Mobil:		
E-Mail:	Geburtsdatum:*		
Pflegekasse:*	Pflegegrad:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	
Versichertennummer:*	Pflegegrad seit:	Monat _____ Jahr _____	

* Pflichtfeld

☐ Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	☐	54.99.01.1001
Mundschutz	☐	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	☐	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0002
FFP2 Masken	☐	54.99.01.5001

☐ Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 % v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt; bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des Höchstbetrags, darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	2 ☐	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich Wundex - Die Wundexperten GmbH (nachfolgend Wundex genannt), eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichts Coesfeld unter HRB 16756, geschäftsansässig in 48308 Senden, Marie-Curie-Straße 1, mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln der PG 51 und 54 bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Wundex, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte jederzeit zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber Wundex, solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie Wundex als meinen Leistungserbringer für vorgenannte Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse und streichen Sie andere insoweit bereits registrierte Leistungserbringer.

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten oder Bevollmächtigten

(Dieser Bereich wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

**Bitte zurück an service@wundex.com oder
per Fax an +49 (0) 2536 80 77 – 001
IK: 330 556 887**

IK der Pflegekasse

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- ☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung
- ☐ PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse