



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular

per Post:

WALSDORF Handels UG (haftungsbeschränkt)

Alte Ortsstraße 19, 65510 Hünstetten

per Fax oder E-Mail:

06438 9235586

info@walsdorf-handel.de

Beratungstelefon

06438 9235588

1

Bitte gewünschtes Pflegepaket ankreuzen:

WALSDORF PFLEGEPAKET #1

75 St. Bettschutzeinlagen

WALSDORF PFLEGEPAKET #2

75 St. Bettschutzeinlagen
100 St. Einmalhandschuhe

WALSDORF PFLEGEPAKET #3

3x 500 ml Händedesinfektion
2x 500 ml Flächendesinfektion

WALSDORF PFLEGEPAKET #4

25 St. Bettschutzeinlagen
2x 100 St. Einmalhandschuhe
1x 500 ml Händedesinfektion
1x 500 ml Flächendesinfektion

WALSDORF PFLEGEPAKET #5

3x 100 St. Einmalhandschuhe
1x 500 ml Händedesinfektion
1x 500 ml Flächendesinfektion

WALSDORF PFLEGEPAKET #6

25 St. Bettschutzeinlagen
1x 50 St. Mundschutz
1x 100 St. Einmalhandschuhe
1x 500 ml Händedesinfektion
1x 500 ml Flächendesinfektion

WALSDORF PFLEGEPAKET ID

Ich möchte die Pflegehilfsmittel selbst zusammenstellen. Bitte rufen Sie mich an unter der Telefonnummer:

2

Bitte Handschuhgröße und -material wählen:

- S (Small)
- M (Medium)*
- L (Large)
- XL (Extra Large)
- Vinyl*
- Nitril*
- Latex

*Standardlieferung: Vinyl oder Nitril, M

3

Bitte füllen Sie die Angaben zu den **persönlichen Daten** und den **Lieferinformationen** vollständig aus:

* Pflichtfelder

VERSICHERTE/R

Frau Herr

Name, Vorname*

Straße, Hausnr.*

PLZ, Ort*

E-Mail

Telefonnummer

Pflegekasse

Kunden-Nr.
(falls zu Hand)

PFLEGEPERSON

Frau Herr (Bitte hier die wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen.)

Name, Vorname*

Straße, Hausnr.*

PLZ, Ort*

E-Mail Adresse

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

PFLEGEDIENST / SOZIALSTATION (Bitte ausfüllen falls zutreffend).

Pflegedienst

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail Adresse

LIEFERUNG DES PFLEGEPAKETS AN: (Bitte unbedingt ankreuzen!)*

Versicherte(r) Pflegeperson/Betreuung

Das ausgewählte Walsdorf Pflegepaket wird bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse jeden Monat direkt an die angegebene Adresse geschickt. Die getroffene Auswahl kann durch rechtzeitige Mitteilung geändert oder die Lieferung unterbrochen werden. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Walsdorf Handels UG (haftungsbeschränkt) die Lieferung beenden. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den/die Pflegedienst/Sozialstation zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.

JA, informieren Sie mich per E-Mail an _____ über interessante Angebote.

Datum, Ort



Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers – **Bitte nicht vergessen!**



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular

per Post:

WALSDORF Handels UG (haftungsbeschränkt)
Alte Ortsstraße 19, 65510 Hünstetten

per Fax oder E-Mail:

☎ 06438 9235586
✉ info@walsdorf-handel.de



Beratungstelefon

06438 9235588

* Pflichtfelder

VERSICHERTE/R

Frau Herr

Kunden-Nr.
(falls zu Hand)

Name, Vorname* Geburtsdatum*

Straße, Hausnr.*

PLZ, Ort*

ANGABEN PFLEGEKASSE

Pflegekasse*

PFLEGEGRAD*

keiner beantragt

Versicherten-Nr.* 1 2 3 4 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel. (Produktgruppe PG 54 bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigung bis Max. 20,00 € monatlich).

Bitte zutreffendes ankreuzen	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Wird von der Pflegekasse ausgefüllt Genehmigt	
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB IX vorliegt.

_____	Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar)	51.40.01.4...	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Max. 3 St./Jahr				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen.

Ich beauftrage die Walsdorf Handels UG (haftungsbeschränkt) mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die die Walsdorf Handels UG (haftungsbeschränkt) mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene, andere Lieferanten. Die Walsdorf Handels UG (haftungsbeschränkt) und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Basisinformationen zum Datenschutz

Wir werden Ihre angegebenen personenbezogenen Daten verarbeiten. Verantwortlicher für die Verarbeitung ist die Walsdorf Handels UG (haftungsbeschränkt). Zweck der Verarbeitung Ihrer Daten ist die Lieferung von Gesundheitsprodukten. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind die Versorgung im Gesundheitsbereich, die Erfüllung eines Vertrags sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Ihre Daten können folgende Personen empfangen: Mitarbeiter der Walsdorf Handels UG (haftungsbeschränkt), Dritte, die uns bei der Erfüllung des Zwecks unterstützen und, unter Umständen, Ihre Krankenkasse. Mehr dazu und zu Ihren Rechten (unter anderem sind dies Auskunft zu Ihren Daten, Berichtigung und Löschung von Daten) unter: www.walsdorf-handel.de/datenschutz/

GENEHMIGUNGSVERMERK

(Wird von der Pflegekasse ausgefüllt.)

- PG54 bis 40,00 € monatlich
- PG54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigung)
- PG51 mit Eigenanteil
- PG51 ohne Eigenanteil
- PG51 Beihilfeberechtigung

Institutskennzeichen der Pflegekasse

Datum, Ort



Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers – **Bitte nicht vergessen!**

Datum

Stempel/Unterschrift Pflegekasse



AUSSCHNEIDEN, KLEBEN, PORTO SPAREN!


Anträge kostenlos versenden.

So funktioniert die kostenfreie Versendung per Post:

1. Antrag für die Pflegekasse und das Bestellformular für Walsdorf Handels UG ausfüllen.
2. Die Briefumschlag-Vorlage ausschneiden und auf einen freien Briefumschlag kleben.
3. Formulare im Briefumschlag versenden. Kein zusätzlicher Briefumschlag nötig.

Das Porto übernehmen wir für Sie!

WALSDORF HANDELS UG (haftungsbeschränkt)

 Alte Ortsstraße 19
65510 Hünstetten

 **Telefon** 06438 9235588

 **Telefax** 06438 9235586

 **E-Mail** info@walsdorf-handel.de

 www.walsdorf-handel.de

 Montag bis Freitag 8 - 18 Uhr



Deutsche Post
WERBEANTWORT

Walsdorf Handels UG
(haftungsbeschränkt)
Alte Ortsstraße 19
65510 Hünstetten

Entgelt
zahlt
Empfänger