

Bitte einsenden an:

**Attends GmbH**  
Am Kronberger Hang 3  
65824 Schwalbach am Taunus  
IK-Nummer 330642687

Fax: 06196/5089-421

E-Mail: service-attends@domtar.com

Beratungs-Telefon:  
**06196/5089-492**

## 1. Bitte gewünschtes Pflegepaket ankreuzen

### Attends Pflegepaket Nr. 1

75 Stück    Bettschutzeinlagen

### Attends Pflegepaket Nr. 2

75 Stück    Bettschutzeinlagen  
100 Stück   Einmalhandschuhe

### Attends Pflegepaket Nr. 3

50 Stück    Bettschutzeinlagen  
500 ml      Händedesinfektion  
500 ml      Flächendesinfektion

### Attends Pflegepaket Nr. 4

25 Stück    Bettschutzeinlagen  
500 ml      Händedesinfektion  
500 ml      Flächendesinfektion  
200 Stück   Einmalhandschuhe

### Attends Pflegepaket Nr. 5

500 ml      Händedesinfektion  
500 ml      Flächendesinfektion  
300 Stück   Einmalhandschuhe

### Attends Pflegepaket Nr. 6 ist momentan nicht verfügbar.

Alternativ können Sie Ihr Pflegepaket individuell zusammenstellen. Einfach unten die Box ankreuzen und Telefonnummer eintragen. Wir rufen Sie zurück.

### Attends Pflegepaket individuell

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

## 2. Bitte Handschuhgröße und -material auswählen

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S (Small)        | <input type="checkbox"/> Vinyl* |
| <input type="checkbox"/> M (Medium)*      | <input type="checkbox"/> Nitril |
| <input type="checkbox"/> L (Large)        | <input type="checkbox"/> Latex  |
| <input type="checkbox"/> XL (Extra Large) |                                 |

\*Wenn nichts angekreuzt, liefern wir Vinyl in Größe M.

## 3. Bitte persönliche Daten und Lieferinformationen ausfüllen

### Versicherte(r)

Herr     Frau

Pflegekasse

Kundennummer  
(falls vorhanden)

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

### Pflegeperson

Bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen.

Herr     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 Attends 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 Attends GmbH die Lieferung beenden. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote.

Datum

WICHTIG: Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Bitte nicht vergessen!

Bitte einsenden an:  
**Attends GmbH**  
**Am Kronberger Hang 3**  
**65824 Schwalbach am Taunus**  
**IK-Nummer 330642687**

Fax: **06196/5089-421**  
 E-Mail: **service-attends@domtar.com**

Beratungs-Telefon:  
**06196/5089-492**

**\* Pflichtfelder**

Versicherte(r)  Herr  Frau Kundennummer

Name, Vorname\*

Straße, Hausnr.\*

PLZ, Ort\*  Geburtsdatum\*

Telefon

E-Mail-Adresse

Pflegekasse\*

Versichertenr.\*

Pflegegrad\*  keiner  1  2  3  4  5  beantragt

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

Benötigte Anzahl eintragen	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionennummer
<input type="checkbox"/> x 100 St.	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> x 25 St.	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> x 500 ml	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> x 500 ml	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/> x 50 St.	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> x 100 St.	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001

Wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
Genehmigt	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<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

<input type="checkbox"/> Max. 3 Stück pro Jahr	Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4...
--	--	---------------

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 Attends GmbH 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 Attends GmbH mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene, andere Lieferanten. Die Attends GmbH 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 Attends GmbH. 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 Attends GmbH, Gesellschaften der Domtar Gruppe (der Unternehmensgruppe, welcher die Attends GmbH angehört), 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.attends.de/Datenschutzerklärung](http://www.attends.de/Datenschutzerklärung)

Datum

WICHTIG: Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

**Bitte nicht vergessen!**

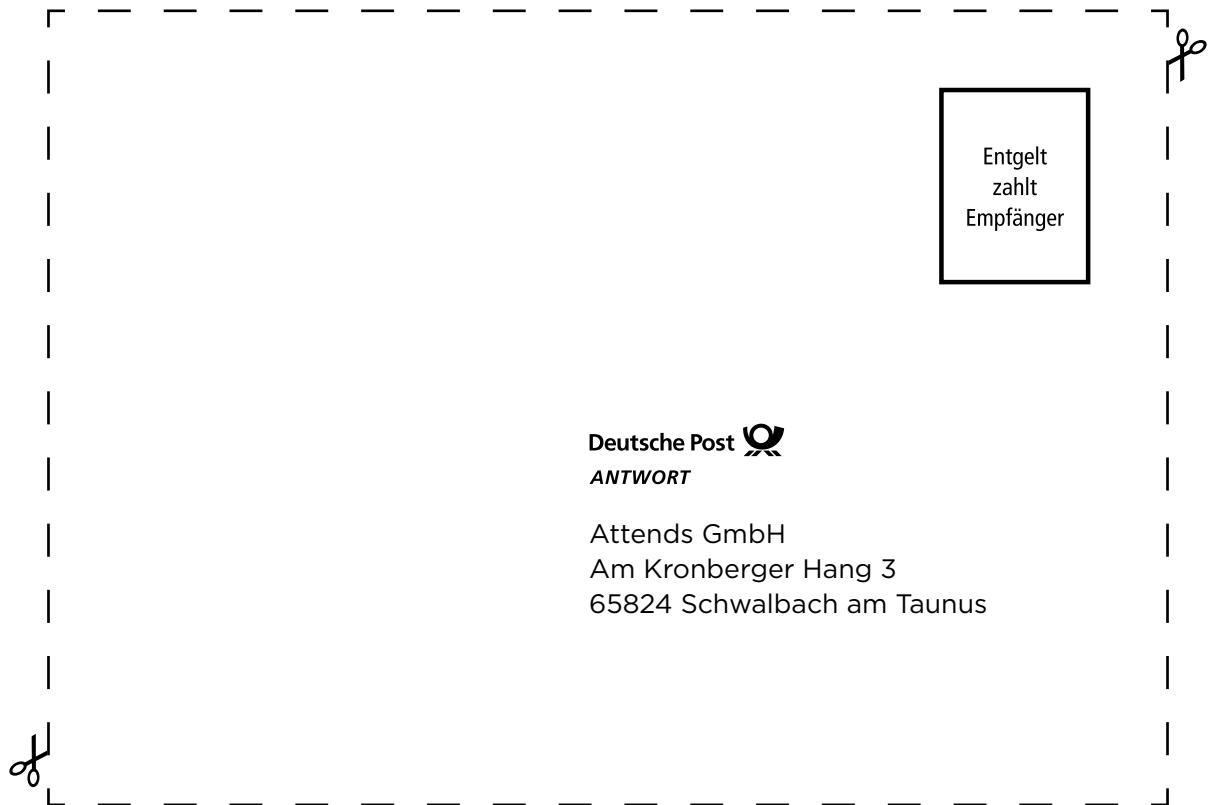
(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

**Genehmigungsvermerk**

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

Institutskennzeichen der Pflegekasse

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse



## Und so einfach funktioniert die **kostenfreie** **Versendung** per Post:



### **Ausdrucken, ausschneiden, aufkleben**

Drucken Sie dieses Blatt aus. Schneiden Sie das Etikett entlang der gestrichelten Linie aus und kleben Sie dieses auf einen Umschlag.



### **Dokumente einfügen**

Fügen Sie Ihre Dokumente, die Sie an Attends senden möchten, in den Umschlag und kleben Sie ihn zu.



### **Brief versenden**

Den Umschlag mit Ihren Dokumenten brauchen Sie nur noch in den Briefkasten zu stecken. Das Porto zahlt Attends für Sie!