

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

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

Beratungs-Telefon:
06196/5089-492

1. Bitte ankreuzen, mit welchem Pflegepaket Sie beliefert werden möchten. **3. Bitte Lieferinformationen ausfüllen**

Attends Pflegepaket Nr. 1

- 75 Stück Bettschutzeinlagen

Attends Pflegepaket Nr. 2

- 75 Stück Bettschutzeinlagen
- 100 Stück Einmalhandschuhe

Attends Pflegepaket Nr. 3

- 50 Stück Bettschutzeinlagen
- 500ml Händedesinfektion
- 500ml Flächendesinfektion

Attends Pflegepaket Nr. 4

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

Attends Pflegepaket Nr. 5

- 500ml Händedesinfektion
- 500ml Flächendesinfektion
- 300 Stück Einmalhandschuhe

Attends Pflegepaket Nr. 6

- 25 Stück Bettschutzeinlagen
- 500ml Händedesinfektion
- 500ml Flächendesinfektion
- 50 Stück Mundschutz
- 100 Stück Einmalhandschuhe

Attends Pflegepaket individuell

Ich möchte Pflegehilfsmittel selbst zusammenstellen.
 Bitte rufen Sie mich an unter Tel.

2. Bitte Handschuhgröße und -material auswählen*

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

*Wenn nichts angekreuzt ist, wird Vinyl in Größe M geliefert.

Versicherte/r Pflegekasse

Herr Frau 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

Die getroffene Auswahl des Attends Pflegepakets kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen Attends Pflegepakete werden bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der Attends GmbH geliefert. 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.de**

Beratungs-Telefon:
06196/5089-492

Versicherte(r) Herr Frau Kundennummer

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort Geburtsdatum

Telefon

E-Mail-Adresse

Pflegekasse

Versicherungsnr.

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 Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00€ monatlich).

Benötigte Anzahl eintragen	Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<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

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

Datum

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

Bitte nicht vergessen!

* §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

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

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Genehmigungsvermerk

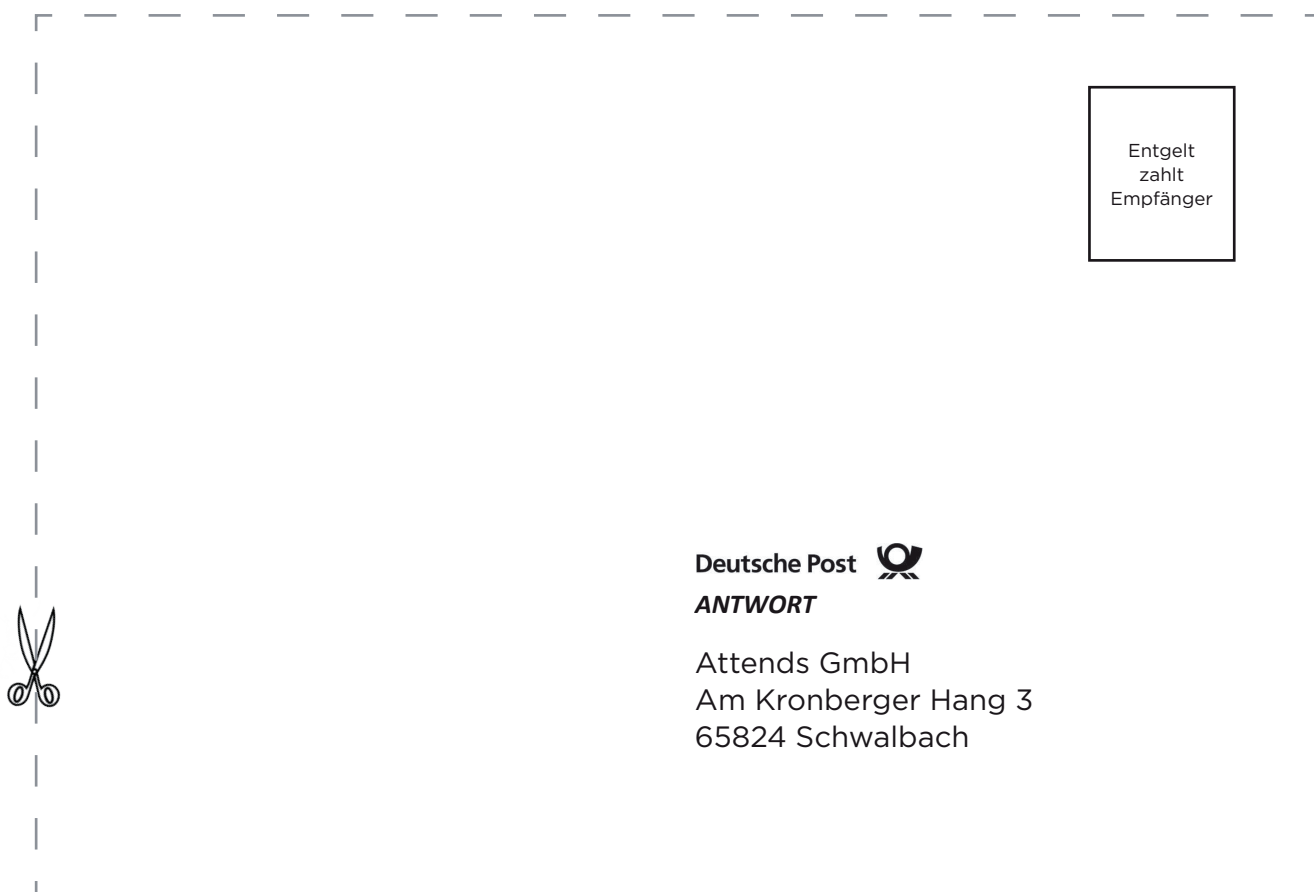
- PG54 bis € 40,00 monatlich
- PG54 bis € 20,00 monatlich (Beihilfeberechtigung)
- PG51 mit Eigenanteil
- PG51 ohne Eigenanteil
- PG51 Beihilfeberechtigung

Institutskennzeichen der Pflegekasse

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse

Ausschneiden, kleben, Porto sparen!

Anträge kostenlos versenden!



Und so funktioniert die kostenfreie Versendung per Post:

- Antrag für Pflegekasse und Attends Bestellformular ausfüllen.
- Die Briefumschlag-Vorlage ausschneiden und auf einen freien Briefumschlag kleben.
- Formulare im Briefumschlag versenden.
Kein zusätzlicher Briefumschlag nötig.

Das Porto übernimmt Attends für Sie!