

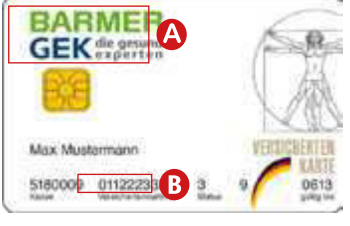
Вам нужна дополнительная
помощь в заполнении заявки?

Свяжитесь с нами по телефону:

030/263 997 95

3. Помощь в заполнении заявки.

Персональные данные
застрахованного пациента.



1

Степень необходимого
сестринского ухода за
пациентом.

2

Выберете содержимое
SF Medical пакета.

3

Если необходимы
многократные пеленки,
пожалуйста укажите.

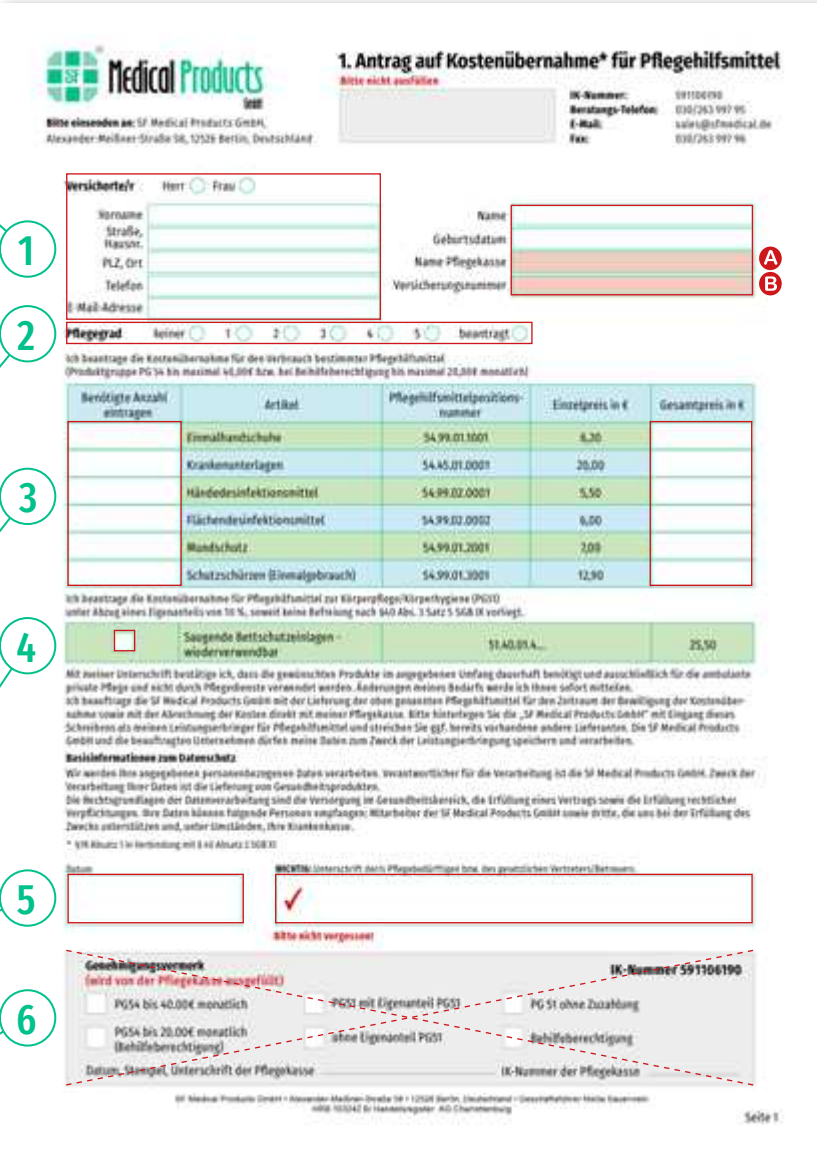
4

Дата и подпись.

5

Эту часть пожалуйста не
заполняйте.

6



1. Antrag auf Kostenübernahme* für Pflegehilfsmittel
Bitte nicht ausfüllen

Bitte einlesen an: SF Medical Products GmbH,
Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland

IK-Nummer: 01100070
Beratungs-Telefon: 030/263 997 95
E-Mail: sales@sfmedical.de
Fax: 030/263 997 96

Versichertel/ Herr Frau

Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail-Adresse: _____

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Name Pflegekasse: _____
Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5 befragt

Sie beantragen die Kostenübernahme für den Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel.
(Produktgruppe PG 5a bis maximal 4,30€ bzw. bei Behilferechtigung bis maximal 20,00€ monatlich)

Benötigte Anzahl eintrag	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionen- nummer	Einzelpreis in €	Gesamtpreis in €
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	4,30	
	Krankenunterlagen	54.45.01.0001	20,00	
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	5,50	
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	6,00	
	Mundschutz	54.99.01.2001	7,00	
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	12,90	

Sie beantragen die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG00)
unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 1 Satz 5 SGB IX vorliegt.

<input type="checkbox"/>	Saugende Bettwäscheeinlagen - wiederverwendbar	51.40.05.4...	25,50	
--------------------------	---	---------------	-------	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für die ambulante private Pflege und nicht durch Pflegebedürftige voranrdri werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen.
Ich beauftrage die SF Medical Products 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 „SF Medical Products GmbH“ mit Eingang dieses Schreibens als deinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene andere Lieferanten. Die SF Medical Products GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Bestimmungen zum Datenschutz:
Wir werden Ihre angegebenen personenbezogenen Daten verarbeiten. Verantwortlicher für die Verarbeitung ist die SF Medical Products 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 SF Medical Products GmbH sowie Ärzte, die uns bei der Erfüllung des Zwecks unterstützen und, unter Umständen, Ihre Krankenkasse.
* § 18 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 1 SGB IX

Datum: _____ **Unterschrift** durch Pflegebedürftigen bzw. den gesetzlichen Vertreter/Betreuer: _____

Bitte nicht vergessen!

Genehmigungsvermerk (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG5A bis 40.00€ monatlich PG51 mit Eigenanteil PG51 PG 51 ohne Zuzahlung

PG5A bis 20.00€ monatlich (Behilferechtigung) ohne Eigenanteil PG51 Behilferechtigung

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse _____ IK-Nummer der Pflegekasse _____

IK-Nummer: 591106190

SF Medical Products GmbH • Alexander-Meißner-Straße 58 • 12526 Berlin, Deutschland • Geschäftsführer Nikita Sauerwein
HRB 103242 B/ Handelsregister: AG Charlottenburg

Seite 1

Вам нужна дополнительная помощь в заполнении заявки?

Свяжитесь с нами по телефону 030/263 997 95!



Время работы: с понедельника по пятницу с 8:00 до 16:00



Web: www.sfmedical.de



Свяжитесь с нами по телефону: 030/263 997 95



E-Mail: sales@sfmedical.de

Вам нужна дополнительная
помощь в заполнении заявки?

Свяжитесь с нами по телефону:

030/263 997 95

4. Помощь в заполнении заявки на SF Medical пакет.

Персональные данные
застрахованного пациента.

Персональные данные
лица, осуществляющего
уход.

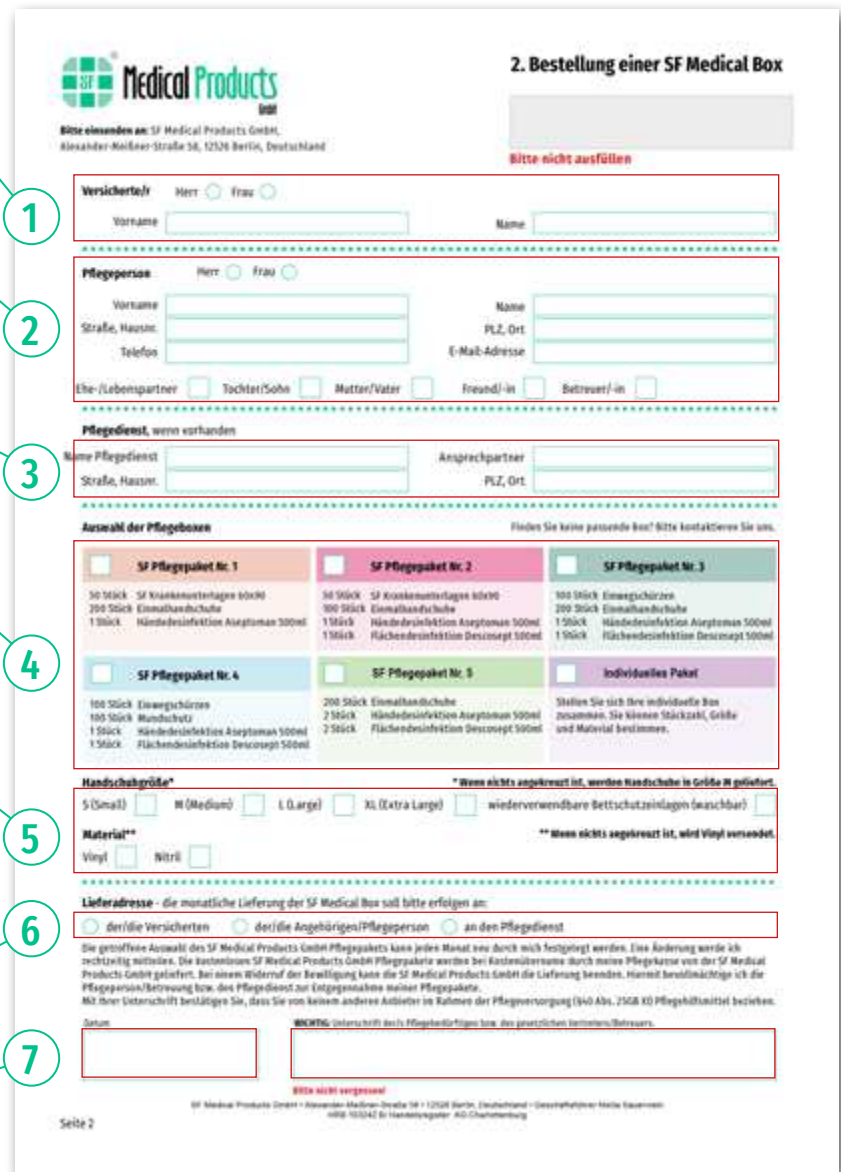
Информация о службе по
уходу (если есть).

Выберете Ваш SF Medical
пакет.

Выберете размер и
материал перчаток.
Дополнительные пеленки
(многоразовые).

Выберете получателя
SF Medical пакета.

Дата и подпись.



2. Bestellung einer SF Medical Box

Bitte einsenden an: SF Medical Products GmbH,
Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland

Bitte nicht ausfüllen

1 **Versicherter/** Herr Frau
Vorname: _____ Name: _____

2 **Pflegeperson:** Herr Frau
Vorname: _____ Name: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail-Adresse: _____
Ehe-/Lebenspartner Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund/-in Betreuer/-in

3 **Pflegedienst, wenn vorhanden**
Name Pflegedienst: _____ Ansprechpartner: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

4 **Auswahl der Pflegeboxen** Finden Sie keine passende Box? Bitte kontaktieren Sie uns.

<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 1 30 Stück SF Kniekissenunterlagen 10x30 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händeinfektion Aseptoman 500ml	<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 2 30 Stück SF Kniekissenunterlagen 10x30 300 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händeinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächeninfektion Desuccept 500ml	<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 3 100 Stück Einwegschürzen 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händeinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächeninfektion Desuccept 500ml
<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 4 100 Stück Einwegschürzen 100 Stück Mundschutz 1 Stück Händeinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächeninfektion Desuccept 500ml	<input type="checkbox"/> SF Pflegepaket Nr. 5 200 Stück Einmalhandschuhe 2 Stück Händeinfektion Aseptoman 500ml 2 Stück Flächeninfektion Desuccept 500ml	<input type="checkbox"/> individuelles Paket Stellen Sie sich Ihre individuelle Box zusammen. Sie können Stückzahl, Größe und Material bestimmen.

5 **Handschuhgröße*** **** Wenn nichts angekreuzt ist, werden Handschuhe in Größe M geliefert.**
S (Small) M (Medium) L (Large) XL (Extra Large) wiederverwendbare Bettschutzunterlagen (auswaschbar)

6 **Material**** **** Wenn nichts angekreuzt ist, wird Vinyl verwendet.**
Vinyl Nitril

7 **Lieferadresse - die monatliche Lieferung der SF Medical Box soll bitte erfolgen an:**
 der/die Versicherten der/die Angehörigen/Pflegeperson an den Pflegedienst
 Sie getroffene Auswahl des SF Medical Products GmbH Pflegepakets kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen SF Medical Products GmbH Pflegepakete werden bei Kundenrücknahme durch meine Pflegeperson von der SF Medical Products GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die SF Medical Products GmbH die Lieferung beenden. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuer bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.
 Mit einer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von keinem anderen Anbieter im Rahmen der Pflegeversorgung (SGB Abs. 2508 KJ Pflegehilfsmittel) beziehen.
 Datum: _____ **WICHTIG!** Unterschrift des/der Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Betreuers/Betreuerin: _____
 Bitte nicht vergessen!
 SF Medical Products GmbH • Alexander-Meißner-Straße 58 • 12526 Berlin, Deutschland • Geschäftsführer Nikita Sauerwein
 HRB 103242 B/ Handelsregister: AG Charlottenburg

Вам нужна дополнительная помощь в заполнении заявки?

Свяжитесь с нами по телефону 030/263 997 95!



Время работы: с понедельника по пятницу с 8:00 до 16:00



Web: www.sfmedical.de



Свяжитесь с нами по телефону: 030/263 997 95



E-Mail: sales@sfmedical.de

Вам нужна дополнительная
помощь в заполнении заявки?

Свяжитесь с нами по телефону:

030/263 997 95

5. Вырежьте, наклейте, экономьте на доставке! Отправьте заявку бесплатно!

Так работает бесплатная доставка по почте:

-  1 Заполните заявку для
медицинской страховой
компании и формуляр заказа.
-  2 Вырежьте образец и наклейте
на конверт.
-  3 Отправьте формуляры в конверте.

Пересылку оплатит за Вас SF Medical Products GmbH!

SF Medical Products GmbH
Alexander-Meißner-Straße 58
12526 Berlin, Deutschland
Internet: www.sfmedical.de

При коротком
конверте,
отрезать здесь.



Entgelt
zahlt
Empfänger


Deutsche Post
ANTWORT

SF Medical Products GmbH
Alexander-Meißner-Straße 58
12526 Berlin, Deutschland

 **Medical Products**
GmbH