



Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
	Telefon:	E-Mail:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

Versicherte(r) ist:     gesetzlich pflegeversichert     privat pflegeversichert     beihilfeberechtigt     über Ortsamt/Sozialamt versichert

Versicherte(r) bezieht:     Pflegesachleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet)  
     Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht)  
     Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)

Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Pflegedienst    Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst    Empfehlung durch

Name/Adresse Pflegedienst (Stempel):

Name / Adresse Kooperationspartner

Auswahl Limex Paket

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte Limex Paket an

<input type="checkbox"/> <b>LiMex Paket 1 Inhalt</b>  25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (kurz)	<input type="checkbox"/> <b>LiMex Paket 2 Inhalt</b>  100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Mundschutz 100 Schutzschürzen (lang)	<input type="checkbox"/> <b>LiMex Paket 3 Inhalt</b>  50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion
<input type="checkbox"/> <b>LiMex Paket 4 Inhalt</b>  75 Bettschutzeinlagen 100 Schutzschürzen (kurz)	<input type="checkbox"/> <b>LiMex Paket 5 Inhalt</b>  200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (kurz)	<input type="checkbox"/> <b>LiMex Paket 6 Inhalt</b>  50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe     S     M     L     XL

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der Limex soll bitte erfolgen:  
 an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)     an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson     an den Pflegedienst

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen  
 per Post     per E-Mail     per Telefon erhalten (bitte ankreuzen)

Mit Ankreuzen vorstehender Kästchen und meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post / E-Mail und/ oder Telefon durch die Firma Limex ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen.

X  
 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:		
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.


Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Limex Pflegehilfsmittel Mainzer Straße 16 a, 10715 Berlin ecke Bundesalle	Institutionskennzeichen: IK 331107260
---	--

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 Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 40 monatlich | <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 20 monatlich                    | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                          |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung     | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) |

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift