

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](mailto: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	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/> x 100 St.	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> x 25 St.	Saugende Bettschutzunterlagen (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

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 Bettschutzunterlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4...
--	--	---------------

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

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.

(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

**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)

Institutskennzeichen der Pflegekasse

Datum

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

**Bitte nicht vergessen!**

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse