

Name des Versicherten / Pflegebedürftigen

<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Vorname	Name
	Telefon	E-Mail
Pflegegrad (Bitte unbedingt angeben): <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> kein Pflegegrad		
Versicherter ist: <input type="radio"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="radio"/> privat pflegeversichert* <input type="radio"/> beihilfeberechtigt <input type="radio"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert * Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung wilogis.box bei der Pflegekasse selbst		
Versicherter bezieht <input type="radio"/> Pflegesachleistung nach § 36 SGB (Pflege durch ambulanten Pflegedienst) <input type="radio"/> Pflegegeld nach § 37 SGB (Pflege durch Angehörigen oder andere private Person) <input type="radio"/> Kombinationsleistung nach § 38 (Pflege durch Pflegedienst und private Pflegeperson)		

Angehöriger / Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder den Betreuer eintragen!

<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Vorname	Name
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon		E-Mailadresse
Pflegeperson ist: <input type="radio"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="radio"/> (Schwieger)-tochter/-sohn <input type="radio"/> Mutter/Vater <input type="radio"/> Freundin/Bekannter <input type="radio"/> Betreuer/in Pflegeperson ist als Betreuer bevollmächtigt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

Pflegedienst

Pflegedienst	
Straße und Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	Ansprechpartner

Auswahl wilogis.box

	wilogis.box 1	wilogis.box 2	wilogis.box 3	wilogis.box 4	Sie benötigen Hilfe bei der Auswahl Ihrer wilogis.box? Wir beraten Sie gern! Team Nord 030 / 4010 5010 Team Süd 06898 / 80 90 02
Bettgeschutzeinlagen	105 Stück	60 Stück	-	135 Stück	
Mundschutz	-	-	100 Stück	-	
Händedesinfektion	-	500 ml	500 ml	-	
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	-	
Schutzschürzen	-	-	100 Stück	-	
Einmalhandschuhe	-	100 Stück	50 Stück	-	
Meine Auswahl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich wünsche Einmalhandschuhe in Größe: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL					

Lieferadresse Die monatliche Lieferung der wilogis.box soll erfolgen an: <input type="radio"/> den Versicherten / Pflegebedürftigen <input type="radio"/> Angehörigen / Pflegeperson <input type="radio"/> den Pflegedienst	Rechnungsadresse Die Pflegeperson ist privat versichert bzw. beihilfeberechtigt. Die Rechnung soll gestellt werden an: <input type="radio"/> den Versicherten / Pflegebedürftigen <input type="radio"/> den Angehörigen / Pflegeperson
--	---

Ich habe Interesse an weiteren Pflegehilfsmitteln oder Produkte und möchte über Aktionen der WILOGIS Hygieneprodukte GmbH über die oben genannten Kommunikationswege informiert werden

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen / des Betreuers

Angaben zum Pflegebedürftigen

<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Vorname	Name
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort
Geburtsdatum		E-Mailadresse
Pflegekasse		Versichertennummer

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 € (bei Beihilfeanspruch maximal 20,00 €). Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	✓	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen min. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)		54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei		54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)		54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)		54.99.01.3001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)		54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)		54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

WILOGIS Hygieneprodukte GmbH Friedrichstraße 68 10117 Berlin	Institutskennzeichen 591105111
--	-----------------------------------

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.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter oder Bevollmächtigter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis 40,00 € monatlich PG 54 bis 20,00 € monatlich

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel / Unterschrift