

Auswahl des CuraPack-Pflegepaketes. Wählen Sie aus sieben Varianten.

Dieses Feld ist unbedingt auszufüllen

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Pflichtfeld, bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen/ankreuzen)

Frau Herr Name: _____ Vorname: _____

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

Frau Herr Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Pflegeperson ist gesetzlich bevollmächtigt ja nein

Pflegeperson ist Ehe/Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freundin/Bekannte(r) Betreuer(in)


Bitte sagen Sie uns, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind

GHD Apotheke Pflegedienst

Pflegedienst Bitte nennen Sie – nach Möglichkeit – den betreuenden Pflegedienst (falls oben noch nicht genannt)

Name/Adresse des Pflegedienstes: _____ Stempel _____

Ihr Pflegepaket Bitte ein Paket auswählen

<input type="checkbox"/> CuraPack Starterset 1	<input type="checkbox"/> CuraPack Comfort 2	<input type="checkbox"/> CuraPack Hygiene 3	<input type="checkbox"/> CuraPack Inkontinenz 4
200 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 25 Bettstutzeinlagen (Einmalgebrauch) 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 25 Bettstutzeinlagen 60x90 cm (Einmalgebrauch) 500 ml Händedesinfektion	100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 75 Bettstutzeinlagen 60x90 cm (Einmalgebrauch)
<input type="checkbox"/> CuraPack Schutzkleidung 5	<input type="checkbox"/> CuraPack Basis 6	<input type="checkbox"/> CuraPack Speiseschutz 7	
100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 100 Einmal-Mundschutzmasken (unsteril) 100 Schutzhürzen 500 ml Flächendesinfektion	100 Schutzhürzen 25 Bettstutzeinlagen 60x90 cm (Einmalgebrauch)	200 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 100 Einweg Speiselätze 500 ml Händedesinfektion	

Bitte dieses Feld ankreuzen

Lieferung/Lieferadresse Die monatliche Lieferung des CuraPack-Pflegepaketes soll bitte erfolgen:

an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson an den Pflegedienst Sanitätsfachgeschäft

Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung (bitte ankreuzen und unterschreiben).

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine patientenbezogenen Daten zum Zwecke meiner Versorgung (insbesondere Bestellung, Verpackung, Belieferung, Abrechnung) von der GHD GesundHeits GmbH Deutschland (GHD) sowie mit dieser verbundenen Unternehmen unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Diese Erklärung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufbar.

X

Ort/Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Einwilligungserklärung für Werbung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine oben angegebenen personenbezogenen Daten durch die GHD GesundHeits GmbH Deutschland zu Zwecken der an mich gerichteten Kundeninformation- und Betreuung zu den Themenkreisen Hilfs- und Pflegehilfsmittel mit Schwerpunkt häusliche Pflege per Post per E-Mail per Telefon erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und ich entsprechend dem/den angekreuzten Kommunikationsmittel(n) kontaktiert werde. Um diese Beratung – auch über diesen Themenkreis hinaus – in weitergehenden Versorgungsfragen mit medizinischen Produkten der GHD-Unternehmensgruppe zu ermöglichen, bin ich damit einverstanden, dass die in der Datenschutzerklärung genannten Gesellschaften der GHD-Unternehmensgruppe meine dafür erforderlichen und beim o.g. Unternehmen bereits vorliegenden gesundheitsbezogenen Daten zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermittelt. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit telefonisch unter 0800 5167 212 (gebührenfrei), schriftlich GHD GesundHeits GmbH Deutschland, Servicecenter Erkrath, Albert-Einstein-Straße 7-9, 40699 Erkrath oder per E-Mail servicecentererkrath@gesundheitsgmbh.de widersprechen.

X

Datum, Unterschrift

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4).

Dieses Feld ist unbedingt auszufüllen

Name der / des Versicherten / Pflegebedürftigen (Pflichtfeld, bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen/ankreuzen)

Frau Herr

Name _____ Telefon _____
 Vorname _____ E-Mail _____
 Geburtsdatum _____ Pflegekasse _____
 Straße/Nr. _____ Pflegegrad keinen 1 2 3 4 5
 PLZ/Ort _____ Versicherten-Nr. _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60x90 cm (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei, verschiedene Größen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies (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
Einweg Speiselätze, Schutzservietten aus Zellstofftissue und Folie (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4001

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Stückzahl (max. 2/Jahr)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen waschbar, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

Einwilligung

Ich beauftrage die GHD GesundHeits GmbH Deutschland mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie GHD GesundHeits GmbH Deutschland, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von der GHD GesundHeits GmbH Deutschland sowie mit dieser verbundenen Unternehmen zu Zwecken der Begründung und Durchführung dieses Vertrags (insbesondere Bestellung, Verpackung, Belieferung, Abrechnung) gemäß der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Datenschutzinformationen habe ich zur Kenntnis genommen.

X

X

Ort/Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse / IK-Nummer:

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
 PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Ort/Datum/Stempel/Unterschrift

Sehr geehrter Kunde,

Datenschutz ist Vertrauensschutz und hat für uns als Gesundheitsunternehmen einen sehr hohen Stellenwert. Wir möchten Ihnen auf dieser Seite die von der Datenschutz Grundverordnung der EU (DSGVO) vorgeschriebenen Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in komprimierter Form zur Verfügung stellen.

Unsere vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter www.gesundheitsgmbh.de/datenschutz/

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an unseren Konzerndatenschutzbeauftragten unter folgenden Kontaktdaten wenden.

1. Konzerndatenschutzbeauftragter und Verantwortlicher

Sie erreichen den Konzerndatenschutzbeauftragten des Verantwortlichen bei der GHD GesundHeits GmbH Deutschland unter:

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

-Datenschutzbeauftragter-

Bogenstraße 28a

22926 Ahrensburg,

Deutschland

Tel.: 04102 / 5167 0

E-Mail: datenschutz@gesundheitsgmbh.de

2. Zweck der Datenerhebung/-verarbeitung und rechtliche Grundlagen

Wir erheben und verarbeiten personenbezogene Daten und besondere Kategorien von personenbezogenen Daten (Gesundheitsdaten) unserer Kunden zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten ihnen bzw. Ihren Kostenträgern gegenüber. Hierbei dient uns Art. 6 Abs. 1 lit. a bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO als Rechtsgrundlage.

Sofern Sie uns gegenüber erklärt haben, über WhatsApp mit uns kommunizieren zu wollen, werden personenbezogene Daten wie Name und Telefonnummer an ein WhatsApp Rechenzentrum übertragen.

Gesellschaften im Sinne dieser Datenschutzerklärung sind die GHD GesundHeits GmbH Deutschland, GHD GesundHeits GmbH Deutschland Compounding Berlin, GHD GesundHeits GmbH Deutschland Compounding Greven, OTB GmbH, REHABILITY Reha-Fachhandel GmbH, GHD GesundHeits GmbH Deutschland aktiv, verosana Rehabilitationstechnik Vertriebs- und Fertigungs-GmbH, Vital Gesundheitsservice für Berlin und Brandenburg GmbH.

3. Ihre Rechte

Sie haben ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Widerspruch und Datenübertragbarkeit Ihrer personenbezogenen Daten. Darüber hinaus haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 Abs. 1 DSGVO). Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

4. Dauer der Speicherung

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten so lange, wie es die jeweilige Geschäftsbeziehung, insbesondere handels- und steuerrechtliche Vorgaben, erfordern. Nach Ablauf der Frist werden die entsprechenden Daten routinemäßig gelöscht, sofern sie nicht mehr zur Vertragserfüllung oder Vertragsanbahnung erforderlich sind.