

# Pflegehilfsmittel von unizell

So erreichen Sie uns

Mo.-Fr. 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr

**0451 / 39 890 - 5730**  
**homecare@unizell.de**

## Antrag für Ihre Pflegehilfsmittel von unizell - Optimal versorgt für die Pflege zuhause!

Wenn Sie über einen anerkannten Pflegegrad verfügen und zuhause von Privatpersonen gepflegt werden, haben Sie je nach Bedarf Anspruch auf **kostenfreie Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 42 € pro Monat**. Voraussetzung hierfür ist ein genehmigter Antrag bei Ihrer Pflegekasse, die die Kosten übernimmt.

Mit Pflegehilfsmittel von unizell erhalten Sie regelmäßig **hochwertige Produkte für die häusliche Pflege direkt nach Hause**. Sie können dabei individuell entscheiden, welche Produkte Sie für Ihren Pflegealltag benötigen.

Für gesetzlich Versicherte übernehmen wir die direkte Abrechnung mit der Pflegekasse. Privat Versicherte leisten wie gewohnt Vorabzahlungen und reichen die Rechnung anschließend bei ihrer Versicherung ein.

### So erhalten Sie Ihre Pflegehilfsmittel von unizell:

#### 1. Füllen Sie die Antragsformulare aus.

Unsere Ausfüllhilfe unterstützt Sie dabei. Bei Bedarf können Sie ein telefonisches Beratungsgespräch mit uns führen, um Ihren Bedarf an Produkten zu bestimmen.

#### 2. Senden Sie uns die Formulare ausgefüllt und unterschrieben zu.

##### Per Post



unizell Medicare GmbH  
Pohnsdorfer Str. 3  
23611 Bad Schwartau

##### Per E-Mail



Als Scan an  
homecare@unizell.de

##### Per WhatsApp



QR Code scannen  
und Foto schicken

#### 3. Fertig! Um alles Weitere kümmern wir uns.

Sobald uns die Genehmigung Ihrer Pflegekasse vorliegt, erhalten Sie die Pflegehilfsmittel von unizell regelmäßig und kostenfrei. Wir informieren Sie, wenn Ihr Paket auf dem Weg ist.

+ Wenn sich Ihr Bedarf ändert, können Sie Ihre Pflegehilfsmittel von unizell jederzeit anpassen.



unizell

# Pflegehilfsmittel von unizell

So erreichen Sie uns

Mo.-Fr. 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr

**0451 / 39 890 - 5730**  
**homecare@unizell.de**

## Übersicht: Folgende Formulare erhalten Sie mit diesem Antrag

- Unsere **Ausfüllhilfe** unterstützt Sie dabei, den Antrag auf Kostenübernahme auszufüllen.
- Mit dem **Antrag auf Kostenübernahme** beantragen Sie bei Ihrer Pflegekasse die Übernahme der Kosten und geben an, welche Pflegehilfsmittel Sie benötigen.
- Wünschen Sie kein telefonisches Beratungsgespräch, unterschreiben Sie bitte die **Ablehnung der persönlichen Beratung**. Beachten Sie dazu bitte die Hinweise in der Ausfüllhilfe.
- Im Formular **„Ihre Daten“** tragen Sie Informationen ein, die zusätzlich zum Antrag auf Kostenübernahme benötigt werden.
- Mit der **Erklärung zur Beauftragung und Zustimmung zur Datenverarbeitung** unterschreiben Sie, dass Sie mit den Pflegehilfsmitteln von unizell versorgt werden möchten und Sie mit der Datenverarbeitung zur Auftrags Erfüllung einverstanden sind.
- Die **Bearbeitungsvollmacht** unterschreiben Sie nur zusätzlich, wenn eine dritte Person (zum Beispiel eine Pflegekraft oder Angehöriger) die Versorgung stellvertretend für Sie koordinieren soll.
- Das Informationsblatt **Produktübersicht und Anwendungshinweise** stellt Ihnen alle Pflegehilfsmittel vor und erklärt, wie Sie diese richtig nutzen.
- Unseren **Rückumschlag** können Sie nutzen, um uns Ihren Antrag und dazugehörigen Formulare portofrei zu senden.

Bei Fragen oder Anmerkungen sind wir gerne für Sie da.

Viele Grüße aus Bad Schwartau

*Ihr unizell Team*



unizell

# Ausfüllhilfe für den Antrag auf Kostenübernahme

Für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch ist es erforderlich, dass Sie **den Antrag auf Kostenübernahme vollständig ausfüllen, unterschreiben und uns zurücksenden**. Wir leiten ihn für Sie an Ihre Pflegekasse weiter. In dieser Anleitung zeigen wir Ihnen Schritt für Schritt, wie Sie den Antrag richtig ausfüllen.

**Pflegekasse (=Krankenkasse) und Versicherungsart der pflegebedürftigen Person**

**Geburtsdatum, Telefon, Straße und Hausnummer der pflegebedürftigen Person**

**Anrede, Vor- und Nachname der pflegebedürftigen Person**

**Postleitzahl und Wohnort der pflegebedürftigen Person**

**Hat die pflegebedürftige Person einen Pflegegrad**

**E-Mail und Versicherten-Nr. (siehe Gesundheitskarte) der pflegebedürftigen Person**

**Achtung:** Ankreuzen, um Pflegehilfsmittel zu beantragen  
**Hinweis:** unizell Medicare GmbH liefert nur bis zum monatlichen Höchstbetrag von **42,- €**. Mit unserem Service entstehen Ihnen keine Kosten.

**Bei Bedarf:** Größe bei Fingerlinge/ Handschuhe ankreuzen und eventuell vorhandene Allergien auf dem Formular „Ihre Daten“ angeben.

**Achtung:** Ankreuzen, wenn Sie waschbare Bettschutzunterlagen beantragen wollen  
**Hinweis:** Dieser Artikel zählt nicht zu den Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch und belastet den monatlichen Betrag von **42 €** daher nicht.  
Bei unizell Medicare GmbH erhalten Sie die waschbare Bettschutzunterlagen 100% kostenfrei.

**Um die zusätzlichen Bettschutzunterlagen zu beantragen, Anzahl der benötigten Menge pro Jahr eintragen (max. 4 Stück).**

**Ort, aktuelles Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person, der bevollmächtigten Person oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen unter 18 Jahren**

**Diesen Bereich bitte frei lassen, den füllt die Pflegekasse aus.**

**unizell PFLEGEHILFSMITTEL VON UNIZELL**

**Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln**  
gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI und §27 SGB V

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer ausfüllen)

Frau  Herr Vorname Nachname

Straße, Nr. PLZ, Ort

Geb.-Datum Pflegegrad vorhanden  ja  nein  X

Telefon E-Mail

Pflegekasse Versicherten-Nr.

versicherungsart:  gesetzlich  privat  beihilfeberechtig  über Sozialamt/Ortsamt

Ich beantrage die Kostenübernahme

**X** für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (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.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionen-Nr.	Rechengröße	Lieferinhalt	Faktor	Erläuterung
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	30 Stück		Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen!
	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
Einmalhandschuhe - Größe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001	1 Stück	100 Stück		Zum Beispiel
Medizinischer Mundschutz, 3-lagig	54.99.01.2001	1 Stück	50 Stück		Bettschutz Einmalgebrauch
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5 Stück		Faktor 30 = 1 x 30 Stk.
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw.
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		
Einmal-Schutzserviette, 37 x 66 cm	54.99.01.4001	1 Stück	50 Stück		
Händedesinfektionsmittel:	54.99.02.0001	100 ml	500 ml		Bei 500 ml bitte Faktor 5 und bei 1000 ml bitte Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel:	54.99.02.0002	100 ml	500 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	20 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60 Stück		

**X** für saugende Bettschutzunterlagen - wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionennummer
	saugende Bettschutzunterlagen, wiederverwendbar/waschbar, 85 x 90 cm / 2 x 45 cm	5140.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: unizell Medicare GmbH, Pohnsdorfer Str. 3, 23611 Bad Schwartau, IK-Nr. 330100900

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:  Beratung in den Geschäftsräumen  individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat)  Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat:  mich persönlich und/oder  meine Betreuungsperson (Ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum: \_\_\_\_\_ Beraterin/ Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

QR Code scannen, ausgefüllten Antrag abbildschirmen und uns direkt schicken

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten, gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)**

PG 54 bis maximal des monatl. 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/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Leistungserbringer mit IK-Nr.: unizell Medicare GmbH, Pohnsdorfer Straße 3, 23611 Bad Schwartau, IK-Nr.: 330100900

**Beratungsdokumentation**

Füllen Sie diesen Bereich nur aus, wenn Sie ein Beratungsgespräch mit uns geführt haben und geben an:

- in welcher Form das Gespräch stattgefunden hat
- wer beraten wurde
- Datum des Beratungsgesprächs
- Name des Beraters

**Wichtig:** Wenn Sie **kein Beratungsgespräch** benötigen/wünschen, dann lassen Sie diesen Bereich komplett frei. **Füllen Sie dann bitte das Formular „Ablehnung der persönlichen Beratung“ aus!**

**Versicherte/r** (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geb.-Datum		Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	
Versicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Sozialamt/Ortsamt			

**Ich beantrage die Kostenübernahme**
 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (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.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionen-Nr.	Rechengröße	Lieferinhalt	Faktor	Erläuterung
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	30 Stück		<b>Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen!</b>
Fingerlinge - Größe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
Einmalhandschuhe - Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001	1 Stück	100 Stück		Zum Beispiel Bettschutz Einmalgebrauch Faktor 30 = 1 x 30 Stk. Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw.
Medizinischer Mundschutz, 3-lagig	54.99.01.2001	1 Stück	50 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5 Stück		Bei 500 ml bitte Faktor 5 und bei 1000 ml bitte Faktor 10 eintragen
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		
Einmalschutzserviette, 37 x 66 cm	54.99.01.4001	1 Stück	50 Stück		
Händedesinfektionsmittel:	54.99.02.0001	100 ml	500 ml		
Flächendesinfektionsmittel:	54.99.02.0002	100 ml	500 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	20 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60 Stück		

 für saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51))

unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar/waschbar, 85 x 90 cm / 2 x 45 cm	51.40.01.4

**durch folgenden Leistungserbringer: unizell Medicare GmbH, Pohnsdorfer Str. 3, 23611 Bad Schwartau, IK-Nr. 330100900**

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

 Form des Beratungsgesprächs:  Beratung in den Geschäftsräumen  Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)  Beratung in der Häuslichkeit

 Der o. g. Leistungserbringer hat  mich persönlich und/oder  meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum: \_\_\_\_\_ Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

**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.** Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.


Ort/Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten, gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Hier unterschreiben

QR Code scannen, ausgefüllten Antrag abfotografieren und uns direkt schicken!


**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)**

<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	Datum _____
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____

Leistungserbringer mit IK-Nr.:

 unizell Medicare GmbH  
 Pohnsdorfer Straße 3  
 23611 Bad Schwartau  
 IK-NR.: 330100900

unizell

# Ablehnung der persönlichen Beratung (wenn keine Beratung gewünscht ist)



Hier die Daten der **pflegebedürftigen Person** angeben, um eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten:

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
		Geb.-Datum	Versicherten-Nr.

Sie haben Anspruch auf eine persönliche Beratung rund um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch. Sollten Sie keine Beratung wünschen, bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie freiwillig auf die Beratung verzichten. Nach der Genehmigung werden Sie direkt mit den benötigten Pflegehilfsmitteln versorgt.

**Ich bestätige, dass ich ausreichend über die Produkte, deren Anwendung und den Zweck der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch informiert bin und auf eine zusätzliche Beratung verzichte.**

Ort/Datum



Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten,  
gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Hier unterschreiben

Tragen Sie bitte an dieser Stelle Ihre persönlichen Daten ein. Diese Informationen sind erforderlich, um sicherzustellen, dass Ihre Pflegehilfsmittel von unizell an die richtige Adresse geliefert werden, wir Sie bei Rückfragen erreichen können und Ihr Pflegehilfsmittelpaket passende Einmalhandschuhe und Fingerlinge enthält.

## 1. Kontaktdaten & Lieferadresse \*Pflichtfelder, bitte füllen Sie diese Felder unbedingt aus!

### Pflegebedürftige Person

Frau  Herr

Vorname\*

Nachname\*

Telefon-/Mobil-Nr.\*

E-Mail

Straße, Haus-Nr.\*

PLZ, Ort\*

Pflegegrad\*

### Pflegende/Bevollmächtigte Person

Frau  Herr

Vorname\*

Nachname\*

Telefon-/Mobil-Nr.\*

E-Mail

Straße, Haus-Nr.\*

PLZ, Ort\*

### Ambulanter Pflegedienst

Name des ambulanten Pflegedienstes

Telefon-/Mobil-Nr.

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

### Gewünschte Lieferadresse

Wohin sollen Ihre Pflegehilfsmittel von unizell geliefert werden?\*

Bitte an die Adresse der **pflegebedürftigen Person** liefern.

Bitte an die Adresse der **pflegenden/bevollmächtigen Person** liefern.

## 2. Angaben zu Einmalhandschuhen & Fingerlinge

Haben Sie im **Antrag zur Kostenübernahme** Einmalhandschuhe oder Fingerlinge ausgewählt?

Dann: 1. Kreuzen Sie im Antrag unbedingt die gewünschte Größe an.

2. Informieren Sie uns über vorliegende **Allergien**:

Nein, keine Allergie

Ja, gegen Latex

Ja, gegen Nitril

Ja, gegen Vinyl

# Erklärung zur Beauftragung, Zustimmung zur Datenverarbeitung



Hier die Daten der **pflegebedürftigen Person** angeben, um eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten:

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
	Geb.-Datum	Versicherten-Nr.

## Erklärung zur Beauftragung

Ich bevollmächtige hiermit die unizell Medicare GmbH, in meinem Namen sämtliche erforderlichen Schritte zur Antragstellung, Lieferung und Abwicklung der Leistungen zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse oder privaten Krankenversicherung durchzuführen. Dabei entbinde ich meine Kranken-/Pflegekasse oder private Krankenversicherung von ihrer Verschwiegenheitspflicht gegenüber der unizell Medicare GmbH, solange eine Leistungspflicht besteht.

Darüber hinaus trete ich meinen möglichen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB, soweit rechtlich zulässig, an die unizell Medicare GmbH ab. Die unizell Medicare GmbH erklärt hiermit die Annahme dieser Abtretung. Ich verpflichte mich, die überlassenen Pflegehilfsmittel ausschließlich selbst zu nutzen und sie nicht an Dritte weiterzugeben, zu verleihen, zu veräußern oder zu verpfänden.

## Zustimmung zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass unizell Medicare GmbH meine personenbezogenen Daten (einschließlich Kontakt- und Gesundheitsdaten, wie etwa Angaben zu Inkontinenz oder Pflegegrad) für folgende Zwecke verarbeiten darf:

- Beratung und Aufklärung (z. B. Anamnese),
- Lieferung von Verbrauchshilfsmitteln,
- spätere Betreuung (z. B. Anpassung von Produkten und Lieferungen).

Die Verarbeitung kann per Telefon, E-Mail und Post erfolgen. Die notwendigen Daten dürfen auch an meine gesetzliche Kranken-/Pflegekasse oder private Krankenversicherung übermittelt werden, um die Antragsprüfung, Abrechnung oder eine gesondert angeforderte Klärung zu ermöglichen. Zudem gestatte ich die Offenlegung meiner Daten an beauftragte Dienstleister, beispielsweise für Abrechnungszwecke.

**Hinweise zum Datenschutz:** Ich bin darüber informiert, dass ich meine Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, indem ich eine E-Mail an **homecare@unizell.de** sende. Mir ist bewusst, dass die unizell Medicare GmbH im Falle eines Widerrufs keine weiteren Serviceleistungen mehr erbringen kann.

Meine datenschutzrechtliche Einwilligung umfasst auch die Verarbeitung der personenbezogenen Angaben im Rahmen des Antrags auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation.

Sollte ich Erklärungen im Namen einer anderen Person (z. B. einer pflegebedürftigen Person) abgeben, versichere ich, dass ich hierzu von dieser Person bevollmächtigt wurde und die entsprechende Vollmacht der unizell Medicare GmbH auf Verlangen vorlegen kann.

Ort/Datum    
Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten,  
gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Ausführliche Informationen zum Datenschutz bei unizell Medicare GmbH finden Sie hier <https://unizell.de/datenschutz/>

# Bearbeitungsvollmacht für die Koordination der Pflegehilfsmittelversorgung (bei Bedarf)



**PFLEGEHILFSMITTEL  
VON UNIZELL**

Unser Ziel ist es, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln für Sie so unkompliziert wie möglich zu gestalten. Um Ihren Alltag zu erleichtern, können Sie Dritte (zum Beispiel Pflegekräfte oder Angehörige) dazu befähigen, die Koordination Ihrer Pflegehilfsmittel von unizell zu übernehmen. Diese Personen können in Ihrem Namen bedarfsgerechte Anpassungen vornehmen und sicherstellen, dass Ihre Versorgung optimal auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist.

Wenn Sie wünschen, dass eine andere Person diese Aufgaben für Sie übernimmt, füllen Sie bitte diese Bearbeitungsvollmacht aus.

## Hiermit erteile ich als Versicherte/r Daten der pflegebedürftigen Person

Frau  Herr

Vorname\*

Nachname\*

Telefon-/Mobil-Nr.\*

E-Mail

Straße, Haus-Nr.\*

PLZ, Ort\*

## folgende Person(en)

**Daten der bevollmächtigten Person(en)** Nennung mehrerer Bevollmächtigter möglich

Institution

Frau  Herr Vorname

Nachname

Telefon-/Mobil-Nr.

E-Mail

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Institution

Frau  Herr Vorname

Nachname

Telefon-/Mobil-Nr.

E-Mail

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

**in meinem Namen rechtsverbindliche Erklärungen im Zusammenhang mit meiner Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch abzugeben.**

Ort/Datum



Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten,  
gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Hier unterschreiben



# Produktübersicht & Anwendungshinweise



PFLEGEHILFSMITTEL  
VON UNIZELL

So erreichen Sie uns

Mo.-Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr

**0451 / 39 890 - 5730**

**homecare@unizell.de**

## Produktgruppe 54

### Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch

Bettschutzeinlagen sind ideal bei Inkontinenz.

Sie nehmen Flüssigkeiten schnell und zuverlässig auf und schließen sie ein. Die feuchtigkeitsundurchlässige Folienrückseite verhindert ein Durchnässen.

Die Bettschutzeinlage schützt so die Matratze vor Nässe und Verunreinigungen und eignet sich auch für Sitzmöbel und Autositze.

Maße 60 x 90 cm

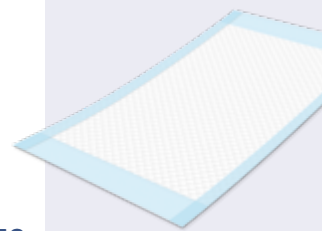
#### Anwendung

- Bettschutzeinlage auseinanderfalten und mit der Folienseite faltenfrei auf Liege- oder Sitzfläche platzieren
- Entsorgung benutzter Bettschutzeinlagen: von außen nach innen falten und in den Restmüll geben

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.45.01.0001**

Lieferinhalt:  
**30 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 30 Stück: **Faktor 30**



### Fingerlinge

Fingerlinge bedecken einzelne Finger und bieten so präzisen Schutz ohne die Bewegungsfreiheit der Hände einzuschränken. Sie schützen den Träger wie auch die gepflegte Person vor Kontaktinfektionen.

Fingerlinge sind in verschiedenen Größen und Materialien erhältlich.

#### Anwendung

- Fingerling einfach über den gewünschten Finger rollen
- eignen sich bei oralen und hygienischen Pflegeaktivitäten
- bieten Schutz bei rektalen Untersuchungen
- können auch über einem Fingerverband getragen werden

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.01.0001**

Lieferinhalt:  
**100 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 100 Stück: **Faktor 100**



### Einmalhandschuhe

Einmalhandschuhe sind ein unverzichtbares Hilfsmittel in der Pflege, da sie effektiv vor der Übertragung von Krankheiten und Infektionen schützen. Sie ermöglichen es, die tägliche Pflege auf hygienische Weise sicherzustellen. Einmalhandschuhe sind in verschiedenen Größen und Materialien erhältlich.

#### Anwendung

- Hände vor und nach der Verwendung desinfizieren
- mit sauberen und trockenen Händen anziehen
- nach jeder pflegerischen Tätigkeit (Körperpflege, Inkontinenzversorgung) oder wenn sie innen feucht sind, Handschuhe wechseln
- nur so lange wie notwendig tragen
- nach einmaligem Gebrauch ordnungsgemäß entsorgen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.01.1001**

Lieferinhalt:  
**100 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 100 Stück: **Faktor 100**





So erreichen Sie uns

Mo.-Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr

**0451 / 39 890 - 5730**

**homecare@unizell.de**

## Produktgruppe 54

### Medizinischer Mundschutz, 3-lagig

Der medizinische Mundschutz kann die Keimausbreitung deutlich reduzieren. Durch das Tragen eines dichten, mehrlagigen und nicht durchfeuchtenden Mund-Nasen-Schutzes, kann das Umfeld vor einer Tröpfcheninfektion bei einem räumlich nahen Kontakt verhindert werden.

#### Anwendung

- Hände vor und nach der Verwendung gründlich desinfizieren
- Mundschutz beim Anlegen und Tragen nur von außen berühren
- Mund und Nase vollständig mit dem Mundschutz bedecken
- elastische Schlaufen hinter den Ohren fixieren
- Metallbügel sorgfältig auf dem Nasenrücken andrücken
- nach Einmalgebrauch ordnungsgemäß entsorgen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:

**54.99.01.2001**

Lieferinhalt

**50 Stück**

Antrag auf

Kostenübernahme

für 50 Stück: **Faktor 50**



### Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)

FFP2-Masken sind spezielle Atemschutzmasken mit einer höheren Filterleistung. Sie tragen dazu bei, das Ansteckungsrisiko mit Viren zu senken, da sie sowohl den Träger als auch die Menschen in der Umgebung schützen. Durch ihre effiziente Filterung reduzieren FFP2-Masken das Einatmen von virenhaltigen Tröpfchen und Aerosolen. bieten sie auch einen verbesserten Schutz vor größeren Partikeln.

#### Anwendung

- Hände vor und nach der Verwendung gründlich desinfizieren
- Mundschutz beim Anlegen und Tragen nur von außen berühren
- Mund und Nase vollständig mit dem Mundschutz bedecken
- elastische Schlaufen hinter den Ohren fixieren
- Metallbügel sorgfältig auf dem Nasenrücken andrücken
- nach Einmalgebrauch ordnungsgemäß entsorgen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:

**54.99.01.5001**

Lieferinhalt:

**5 Stück**

Antrag auf

Kostenübernahme

für 5 Stück: **Faktor 5**



### Schutzschürzen, Einmalgebrauch

Einmalschutzschürzen bestehen aus feuchtigkeitsabweisender Folie. Das Tragen einer Schutzschürze ist eine effektive Maßnahme, um sich und die Kleidung vor Verunreinigungen und Keimen zu schützen. Sie ermöglicht es, pflegerische Tätigkeiten hygienisch und sicher auszuführen, selbst bei engem Kontakt.

#### Anwendung

- Schutzschürze über den Kopf ziehen und Bänder hinter dem Rücken zusammenbinden
- nach einmaligem Gebrauch ordnungsgemäß im Restmüll entsorgen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:

**54.99.01.3001**

Lieferinhalt:

**50 Stück**

Antrag auf

Kostenübernahme

für 50 Stück: **Faktor 50**



## Produktgruppe 54

### Schutzschürzen, wiederverwendbar

Die Schutzschürzen bestehen aus einem wasserfesten, abwaschbaren und feuchtigkeitsabweisenden Material. Das Tragen einer Schutzschürze ist eine effektive Maßnahme, um sich und die Kleidung vor Verunreinigungen und Keimen zu schützen. Sie ermöglicht es, pflegerische Tätigkeiten hygienisch und sicher auszuführen, selbst bei engem Kontakt.

#### Anwendung

- Schutzschürze über den Kopf ziehen und Bänder hinter dem Rücken zusammenbinden

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.01.3002**

Lieferinhalt  
**1 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 1 Stück: **Faktor 1**



### Einmalschutzserviette

Die Einmalschutzservietten bestehen aus einem wasserfesten, abwaschbaren und feuchtigkeitsabweisenden Folienmaterial mit Auffangtasche. Während der Nahrungsaufnahme wird die Kleidung so vor Flecken und Feuchtigkeit geschützt. Auch während der Gesichtspflege können die Schutzservietten verwendet werden, um die Kleidung vor Nässe zu schützen.

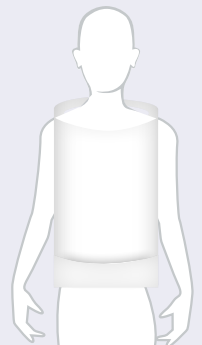
#### Anwendung

- Schutzserviette auseinander falten und anlegen
- nach einmaligem Gebrauch ordnungsgemäß im Restmüll entsorgen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.01.4001**

Lieferinhalt:  
**50 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 50 Stück: **Faktor 50**



### Händedesinfektionsmittel

Die Hände sind ein Sammelplatz für zahlreiche Mikroorganismen, insbesondere Bakterien. Einige davon können bei pflegebedürftigen Personen schwere Infektionen verursachen. Auch Viren und andere Erreger können durch Kontakt über die Hände im Pflegeumfeld verbreitet werden. Um dies zu verhindern, ist eine gründliche Händedesinfektion entscheidend.

#### Anwendung

- nur auf trockener und gesunder Haut auftragen, da Hautirritationen und Feuchtigkeit die Wirksamkeit beeinträchtigen können
- Hände vollständig mit ausreichend Mittel benetzen, um eine effektive Desinfektion sicherzustellen
- schwer erreichbare Stellen wie Fingerkuppen und Daumen sorgfältig desinfizieren
- für eine hygienische Händedesinfektion ist eine Einwirkzeit von 30 Sekunden erforderlich

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.02.0001**

Lieferinhalt:  
**500 ml**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 500 ml: **Faktor 5**  
für 1000 ml: **Faktor 10**





So erreichen Sie uns

Mo.-Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr

**0451 / 39 890 - 5730**

**homecare@unizell.de**

## Produktgruppe 54

### Flächendesinfektionsmittel

Bakterien, Viren und Pilzsporen sind allgegenwärtige Mikroorganismen in unserer Umwelt. Während viele von ihnen unbedenklich sind, können einige bei pflegebedürftigen Personen ernsthafte Infektionen auslösen. Flächendesinfektionsmittel tragen dazu bei, die Verbreitung von Krankheitserregern effektiv einzudämmen und so das Infektionsrisiko zu minimieren.

#### Anwendung

- vor der Anwendung sichtbaren Schmutz und entzündliche Materialien entfernen
- großzügige Menge Desinfektionsmittel auf ein Papiertuch geben
- trockene Oberflächen oder Gegenstände vollständig und gleichmäßig mit dem Mittel behandeln
- Desinfektionsmittel vollständig trocknen lassen, dabei Einwirkzeit der Packungsanleitung beachten
- nach der Anwendung Raum ausreichend belüften
- benutzte Papiertuch im Restmüll entsorgen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.02.0002**

Lieferinhalt  
**500 ml**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 500 ml: **Faktor 5**  
für 1000 ml: **Faktor 10**



### Händedesinfektionstücher

Gebrauchsfertige Desinfektionstücher zur schnellen und sicheren Händedesinfektion - der ideale Begleiter für hygienische Sauberkeit.

#### Anwendung

- nur auf trockener und gesunder Haut auftragen, da Hautirritationen und Feuchtigkeit die Wirksamkeit beeinträchtigen können
- schwer erreichbare Stellen wie Fingerkuppen und Daumen sorgfältig mit dem Tuch desinfizieren
- für eine hygienische Händedesinfektion ist eine Einwirkzeit von 30 Sekunden erforderlich

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.02.0014**

Lieferinhalt:  
**20 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 20 Stück: **Faktor 20**



### Flächendesinfektionstücher

Praktisch und sicher! Vorgetränkte Desinfektionstücher zur schnellen und sicheren Desinfektion von allen alkoholbeständigen Oberflächen. Auch perfekt für unterwegs!

#### Anwendung

- vor der Anwendung sichtbaren Schmutz und entzündliche Materialien entfernen
- trockene Oberflächen oder Gegenstände vollständig und gleichmäßig mit dem Mittel behandeln
- Desinfektionsmittel vollständig trocknen lassen, dabei Einwirkzeit der Packungsanleitung beachten
- nach der Anwendung Raum ausreichend belüften
- benutzte Desinfektionstuch im Restmüll entsorgen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:  
**54.99.02.0015**

Lieferinhalt:  
**60 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 60 Stück: **Faktor 60**



So erreichen Sie uns

Mo.-Fr. 8:00 bis 17:00 Uhr

**0451 / 39 890 - 5730****homecare@unizell.de**

## Produktgruppe 51

### Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar

Bettschutzeinlagen sind ideal bei Inkontinenz.

Sie nehmen Flüssigkeiten schnell und zuverlässig auf und schließen sie ein. Die feuchtigkeitsundurchlässige Rückseite verhindert ein Durchnässen. Mit den Seitenflügeln lässt sich die Bettschutzeinlage gut fixieren, um ein Verrutschen zu verhindern.

Die Bettschutzeinlage schützt so die Matratze vor Nässe und Verunreinigungen und eignet sich auch für Sitzmöbel und Autositze.

#### Anwendung

- Bettschutzeinlage auseinanderfalten und faltenfrei auf Liege- oder Sitzfläche platzieren
- benutzte Bettschutzeinlage wechseln und heiß waschen

Pflegehilfsmittel-  
positionsnummer:

**51.40.01.4**

Lieferinhalt:  
**1 Stück**

Antrag auf  
Kostenübernahme  
für 4 Stück: **Faktor 4**



# Rückversand per Post kostenfrei mit unserem Rückumschlag

**unizell** PFLEGEHILFSMITTEL  
VON UNIZELL

Nutzen Sie für den Rückversand Ihrer Unterlagen per Post gern unseren Rückumschlag:

1. Vordruck entlang der gestrichelten Linie ausschneiden.



2. Kleben Sie den Ausschnitt auf einen Briefumschlag.

3. Befüllen Sie den Briefumschlag mit alle unterschriebenen Formularen und werfen diesen in den Briefkasten.

**Das Porto für den Postversand übernehmen wir für Sie!**

