

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 Auftragserfüllung 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

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 Bettschutzeinlagen 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 Bettschutzeinlagen 100% kostenfrei.

Um die zusätzlichen Bettschutzeinlagen 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

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

unizell PFLEGEHILFSMITTEL VON UNIZELL

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß §79 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 ☐ beihilfeberechtigter ☐ 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	54.95.01.0001	1 Stück	30 Stück		Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen! <u>Zum Beispiel:</u> Bettschutz Einmalgebrauch Faktor 30 = 1 x 30 Stk. Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw. Bei 500 ml bitte Faktor 5 und bei 1000 ml bitte Faktor 10 eintragen
☒ Fingerlinge - Größe: ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
☒ Einmalhandschuhe - Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
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		
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		
Einmalhandschutzhandschuh, 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		

☒ **X** 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)	Pflegehilfsmittelpositionennummer
	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 bestätige die 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 der Geschäftsraumen ☐ 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegeleistungen) 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

QR Code scannen, ausgefüllten Antrag abzugeben und von uns direkt schicken

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/Beihilfenberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Leistungserbringer mit IK-Nr.:

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

unizell

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)

☐ Frau☐ Herr

Vorname

Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geb.-Datum

Pflegegrad vorhanden☐ ja☐ nein

Telefon

E-Mail

Pflegekasse

Versicherten-Nr.

Versicherungsart:

☐ gesetzlich☐ privat☐ beihilfeberechtigt☐ 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		Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen!
Fingerlinge - Größe: ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
Einmalhandschuhe - Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.1001	1 Stück	100 Stück		
Medizinischer Mundschutz, 3-lagig	54.99.01.2001	1 Stück	50 Stück		Zum Beispiel
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5 Stück		Bettschutz
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		Einmalgebrauch
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		Faktor 30 = 1 x 30 Stk.
Einmalschutzserviette, 37 x 66 cm	54.99.01.4001	1 Stück	50 Stück		Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw.
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		

☐ 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

X

Hier unterschreiben

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

☐ PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfenberechtigung 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/Beihilfenberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Leistungserbringer mit IK-Nr.:

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

Ablehnung der persönlichen Beratung (wenn keine Beratung gewünscht ist)



**PFLEGEHILFSMITTEL
VON UNIZELL**

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

☐ Frau	☐ 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

X

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:

☐ Frau ☐ 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

X

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

Hier unterschreiben

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

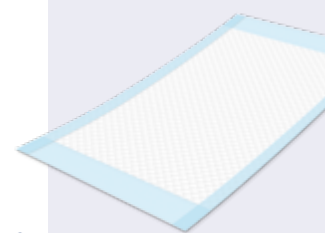
Anwendung

- 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**





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



**PFLEGEHILFSMITTEL
VON UNIZELL**

So erreichen Sie uns

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

0451 / 39 890 - 5730

homecare@unizell.de

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.

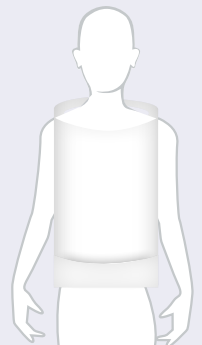
Anwendung

- 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**





**PFLEGEHILFSMITTEL
VON UNIZELL**

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**



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
VON UNIZELL**

So erreichen Sie uns

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

0451 / 39 890 - 5730

homecare@unizell.de

Pflegehilfsmittel-
positionsnummer:

51.40.01.4

Lieferinhalt:
1 Stück

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



Rückversand per Post kostenfrei mit unserem Rückumschlag



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!**

unizell

**PFLEGEHILFSMITTEL
VON UNIZELL**

Entgelt
zahlt
Empfänger.


Deutsche Post
ANTWORT

unizell Medicare GmbH
Pflegehilfsmittel von unizell
Pohnsdorfer Straße 3
23611 Bad Schwartau

RÜCKSENDEKUVERT