

Versicherte/r		
Herr	Frau	Vorname Nachname
Anschrift		
PLZ	Ort	
Telefon		Geburtsdatum
Versicherten-Nummer	Pflegegrad	Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI /
bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI.

Artikelbezeichnung Positionsnummer	Menge je VE	Artikelbezeichnung Positionsnummer	Menge je VE
Bettsschutzeinlagen, Einmalgebrauch 54.45.01.0001	25 Stück	Schutzschürzen, Einmalgebrauch 54.99.01.3001	100 Stück
Fingerlinge 54.99.01.0001	100 Stück	Schutzservietten, Einmalgebrauch 54.99.01.4001	50 Stück
Einmalhandschuhe Nitril / Latex / Vinyl 54.99.01.1001	100 Stück	Händedesinfektionsmittel 54.99.02.0001	500 ml
Medizinische Gesichtsmasken 54.99.01.2001	50 Stück	Flächendesinfektionsmittel 54.99.02.0002	500 ml
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2) 54.99.01.5001	10 Stück	Flächendesinfektionstücher 54.99.02.0015	80 Stück

Des Weiteren beantrage ich Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück
unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene	Positionsnummer
	wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen	51.40.01.4127

Erklärung des Versicherten

Ich wurde vom Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber, welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann. Der Leistungserbringer hat mich persönlich bzw. meine Betreuungsperson, ges. Vertreter / Bevollmächtigten oder Angehörigen beraten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) 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 erhalte. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen. Hiermit bevollmächtige ich die Waldstadt-HealthCare GmbH, mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Waldstadt-HealthCare GmbH, solange die Leistungspflicht besteht. **Bitte verzeichnen Sie die Waldstadt-HealthCare GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung und widerrufen Sie Kostenübernahmeerklärungen zugunsten anderer Leistungserbringer mit dem heutigen Tage.** Die Waldstadt-HealthCare GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung entsprechend der aufgeführten Datenschutzerklärung verwenden und übermitteln.

	Datum	Unterschrift
---	----------------------------	-----------------------------------

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum	IK-Nr. der Pflegekasse	Stempel / Unterschrift
----------------------------	---	---

Versicherte/r (gem. Antrag auf Kostenübernahme)

Herr	Frau	Vorname	Nachname

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson)

Herr	Frau	Vorname	Nachname
Anschrift			
PLZ	Ort		
E-Mail	Telefon		

Pflegedienst (falls vorhanden)

Name des Pflegedienstes	
Anschrift	
PLZ	Ort

Wohin soll die Pflegetüte geliefert werden?

an den Versicherten	an die Pflegeperson	an den Pflegedienst	Selbstabholer
---------------------	---------------------	---------------------	---------------

Bitte wählen Sie die Produkte, welche Sie bei Ihrer ersten Lieferung bis auf weiteres erhalten möchten:

Einmalhandschuhe	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	Mundschutz	FFP2-Masken
Handdesinfektionsmittel	Flächendesinfektionsmittel	Bettscutzeinlagen (Einmalgebrauch)	
Handschuhgröße	S M L XL	Wird hier keine Angabe gemacht, liefern wir die Standardgröße M.	
Vinyl-Handschuhe	Nitril-Handschuhe	Latex-Handschuhe	

Sie können Ihre Pflegetüte monatlich Ihrem Bedarf unter 02374 4094543 anpassen.

Die getroffene Auswahl der Pflegetüte kann ich jeden Monat neu festlegen. Der Änderungswunsch muss bis zum jeweils 25. des Monats mitgeteilt werden. Änderungen werde ich Pflegetüte 24 – Waldstadt-HealthCare GmbH rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pflegetüte sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner bei Pflegetüte 24 hinterlegten, personenbezogenen Daten. Der beigefügten Datenschutzerklärung und damit einhergehenden Sammlung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung dieser Dienstleistung stimme ich ausdrücklich und voll umfänglich zu.

X	Datum	Unterschrift

Hiermit ermächtige ich

Versicherte/r			
Herr	Frau	Vorname	Nachname
Anschrift			
PLZ		Ort	
E-Mail		Telefon	

Pflegedienst	
Name des Pflegedienstes	
Anschrift	
PLZ	Ort

folgende Person	
Herr	Frau
Vorname	Nachname
Anschrift	
PLZ	Ort

die monatliche Lieferung an Pflegemitteln der Firma Waldstadt-HealthCare GmbH – die Pflegetüte 24 – anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterschreiben.

Hiermit ermächtige ich den beauftragten Paketdienst (DHL/Hermes), die monatliche Lieferung an folgendem Wunschort zu hinterlegen.	
Anschrift / Beschreibung	

Die Waldstadt-HealthCare GmbH ist somit berechtigt, die von mir bestellten Produkte mit schuldbefreiender Wirkung gemäß dieser Vollmacht zu liefern. Ab der Übergabe trage ich somit das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware. In diesem Zusammenhang stimme ich zu, dass die Waldstadt-HealthCare GmbH sowohl personenbezogene Daten als auch Gesundheitsdaten an den von mir bevollmächtigten Pflegedienst weitergeben kann, soweit dies für die Annahme der Pflegetüte 24 notwendig ist. Sofern ich diese Empfangsvollmacht für einen Dritten, z. B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat, und kann der Waldstadt-HealthCare GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen. Ist dies nicht der Fall, erkenne ich hiermit an, dass ich unter Umständen schadenersatzpflichtig sein kann.

	Datum	Unterschrift

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, der Schutz Ihrer Privatsphäre liegt uns sehr am Herzen. Wie Sie vielleicht schon wissen, trat am 25.5.2018 die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Kraft. Diese sorgt für mehr Transparenz und Sicherheit bei der Verarbeitung, Nutzung, Weitergabe und Löschung Ihrer persönlichen Daten. An dieser Stelle möchten wir Ihnen transparent aufzeigen, welche Daten wir erheben und wofür wir diese verwenden.

WICHTIG:

Wir sind uns bewusst, wie sensibel Ihre personenbezogenen Daten bzw. Ihre Gesundheitsdaten sind, daher verwenden wir Ihre Daten zu keinem Zeitpunkt für Werbezwecke. Ihre Daten werden auch nicht an Dritte weitergegeben, außer es ist für die unmittelbare Erfüllung des Dienstleistungsvertrages notwendig! (z. B. Abrechnung mit der Pflegekasse, Versand Ihrer Pflegehilfsmittel), denn Ihre Daten gehören Ihnen!

1. Einführung

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Zusammenhang mit der Lieferung unserer Produkte (Pflegetüte, erstattungsfähige Pflegehilfsmittel) sammeln und verarbeiten. Personenbezogene Daten sind dabei sämtliche Informationen, die einen direkten oder indirekten Bezug zu Ihrer Person aufweisen, wozu Ihre Vertragsdaten, einschließlich Ihrer Kontakt- und Abrechnungsdaten gehören.

2. Wer ist für das Sammeln und Verwenden Ihrer Daten verantwortlich?

Die Waldstadt-HealthCare GmbH ist als Ihr Vertragspartner für das Sammeln und Verarbeiten Ihrer personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich.

3. Welche Daten sammeln wir?

Wir sammeln ausschließlich Daten, die im Zusammenhang mit der Durchführung Ihres Vertrages erforderlich sind. Dabei werden ausschließlich solche Informationen gesammelt und verarbeitet, die hierfür auch notwendig sind. Dazu gehören Ihre Vertragsdaten, einschließlich Ihrer Kontakt- und Abrechnungsdaten sowie Ihre Bestellhistorie.

4. Wie werden Ihre Daten gesammelt?

Wir erhalten Ihre personenbezogenen Daten, indem Sie uns diese über den ausgefüllten Antrag zur Verfügung stellen oder indem Sie uns eine Anfrage über unsere Internetseiten <http://pflegetuete24.de> und <http://pflegetuete24.de> stellen.

5. Zu welchen Zwecken verwenden wir diese Informationen? Mit wem werden diese geteilt?

Wir sammeln und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich, um unsere Verpflichtungen aus dem Vertrag mit Ihnen zu erfüllen, was auf der Grundlage des Artikels 6 (1) b) DSGVO erfolgt. Dazu gehören die Durchführung Ihrer Bestellungen, die Zusendung der Produkte, die Abrechnung der Leistungen, die Erstellung und den Versand von Rechnungen, sowie die dafür notwendige Kommunikation mit Ihnen.

Zur Durchführung des Vertrages leiten wir Ihre Daten auch an ausgewählte und vertraglich gebundene Dienstleister weiter, die uns bei der Durchführung und der Erfüllung des Vertrages unterstützen. Dazu gehören z. B. Pflegekassen oder Versanddienstleister. Die Bereitstellung Ihrer Informationen zu den hier genannten Zwecken ist für den Vertragsabschluss erforderlich. Sollten Sie uns diese nicht zur Verfügung stellen, kann der Vertrag von uns ganz oder zum Teil nicht erfüllt werden.

Die Waldstadt-HealthCare GmbH lagert bestimmte Prozesse und Aufgaben an Dienstleister aus, um den Vertrag mit Ihnen erfüllen zu können (z. B. Versanddienstleister). Daher werden wir Ihre Daten teilweise zur Erfüllung des Vertrages an folgende Dritte weiterleitet:

Ihre Pflegekasse / Krankenkasse, DHL / Deutsche Post AG, unser Logistik-Partner, unserem Abrechnungsdienstleister (zur Abrechnung mit den Pflegekassen) und unsere Steuerberatungsgesellschaft.

Dabei werden wir nur solche Informationen an die Unternehmen weiterleiten, die für die jeweilige Dienstleistung notwendig sind.

Darüber hinausgehende Informationen werden an die Unternehmen nicht übermittelt. So wird z. B. an unseren Logistik-Partner und das Versandunternehmen ausschließlich die zum Versand notwendige Information übermittelt – Telefonnummern, E-Mail-Adressen und gesundheitsbezogene Daten selbstverständlich nicht.

Im Rahmen der Übermittlung Ihrer Daten an unsere Dienstleistungspartner möchten wir sicherstellen, dass mit Ihren Daten umsichtig umgegangen wird und dass Sie Ihre Rechte auf Datenschutz durchsetzen können. Aus diesem Grund wurden, soweit es im Rahmen der DSGVO erforderlich ist, entsprechende Verträge zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten mit den Dienstleistern geschlossen.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert und wann werden diese gelöscht?

Wir speichern Ihre Daten solange dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist oder bis Sie Ihre Einwilligung widerrufen haben. Entfallen diese Zwecke oder haben Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden wir Ihre Daten selbstverständlich löschen.

Wir speichern Ihre Daten solange, wie dies zur Erbringung der Dienstleistung (Abwicklung der Pflegehilfsmittelieferung) erforderlich ist bzw. wir ein berechtigtes Interesse an der weiteren Speicherung haben. In allen anderen Fällen löschen wir Ihre personenbezogenen Daten mit Ausnahme solcher Daten, die wir zur Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher (z. B. steuer- oder handelsrechtlicher) Aufbewahrungsfristen weiter vorhalten müssen (z. B. Rechnungen). Daten, die einer Aufbewahrungsfrist unterliegen, sperren wir bis zum Ablauf der Frist. Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO. Unser berechtigtes Interesse folgt aus oben aufgelisteten Zwecken zur Datenerhebung.

7. Einwilligung und Widerruf der Einwilligung

Sofern Sie uns eine Einwilligung für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erteilt haben, können Sie diese jederzeit widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung wirkt für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt. Information:

Da wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich für die Erfüllung des Vertrages nutzen, ist nach einem etwaigen Widerruf die Erfüllung nicht oder teilweise nicht mehr möglich (Ohne Ihre personenbezogenen Daten können wir die Pflegehilfsmittelieferung nicht mehr direkt mit der Pflegekasse abrechnen).

8. Ihre Rechte im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Als Nutzer unserer Dienstleistung sind Sie berechtigt, unentgeltlich Auskunft über die über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Auf entsprechende Anforderung teilen wir schriftlich entsprechend dem geltenden Recht mit, ob und welche personenbezogenen Daten über Sie bei uns gespeichert sind. Zusätzlich haben Sie nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen ein Recht auf Widerspruch, Berichtigung, Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie Sperrung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Wenden Sie sich mit einem solchen Anliegen bitte an datenschutz@pflegetuete24.de. Darüber hinaus haben Sie natürlich jederzeit das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, sollten Sie der Auffassung sein, dass ein Verstoß gegen die Datenschutzgrundverordnung vorliegt.

9. So können Sie uns erreichen

Zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte oder im Zusammenhang mit Ihrer Einwilligung oder wenn Sie weitere Fragen oder Anregungen zum Datenschutz in unserem Hause haben sollten, stehen wir Ihnen unter der E-Mail datenschutz@pflegetuete24.de jederzeit gerne zur Verfügung.

Alternativ erreichen Sie uns wie folgt:

Waldstadt-HealthCare GmbH

Reinickendorfer Straße 3, 58642 Iserlohn

E-Mail: info@pflegetuete24.de

Telefon: 02374 4094540, Fax: 02374 4094544

