

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Diesen Antrag können Sie auch digital ausfüllen.



Frau Herr
Anrede

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Pflegekasse

Versichertennummer

1 2 3 4 5
Pflegegrad

Telefonnummer

E-Mail

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel – Produktgruppen (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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Einmalhandschuhe 100 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 100 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Handdesinfektionsmittel 500 ml	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tücher	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel 500 ml	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tücher <input type="checkbox"/> Gel	54.99.02.0002
Bettsschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 25 Stück	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Mundschutz 50 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
FFP2 - oder vergleichbare Masken	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5001
Fingerlinge 100 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Wiederverwendbare Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 Euro v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettsschutzeinlagen (Wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Kontaktiden	Institutionskennzeichen
hygienepaket c/o semamed GmbH Überseeallee 1 20457 Hamburg	Tel.: 0800 - 816 816 0 Email: hallo@hygienepaket.de	330205882

X

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten) bzw. Bevollmächtigten

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.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

- PG54**
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG54 Beihilfeberechtigung**
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG51** mit Zuzahlung
- PG51** ohne Zuzahlung
- PG51** mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG51** ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum, IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

Allgemeine Geschäftsbedingungen

der semamed GmbH, Stand: 10.12.2023

Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen („AGB“) der semamed GmbH, Überseeallee 1, 20457 Hamburg, gelten für alle Bestellungen von Pflegehilfsmitteln über die Website www.hygienepaket.de, postalisch oder per Telefon. Unsere Angebote richten sich ausschließlich an Verbraucher mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Versand ins Ausland oder an gewerbliche Abnehmer erfolgt nicht.

1. Bestellprozess / Pflegehilfsmittelantrag

1.1 Bestellungen mit Kostenübernahme

Sofern Sie eine Kostenübernahme durch die Pflegekassen in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie mit Bestellung Ihrer Pflegehilfsmittel einen Antrag auf Kostenübernahme durch Ihre Pflegekasse stellen. Den Antrag auf Kostenübernahme können Sie entweder auf www.hygienepaket.de ausfüllen oder Sie kontaktieren uns per Brief oder telefonisch und wir schicken Ihnen das Formular per Post zu.

Sobald wir von Ihnen den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag erhalten haben, übernehmen wir für Sie die weitere Abwicklung des Antrages mit der Pflegekasse. Zu Abwicklung des Antragsverfahrens und für die spätere Abrechnung gegenüber den Pflegekassen bedienen wir uns eines externen Abrechnungsdienstleisters.

Die Bearbeitung Ihres Antrages durch die Pflegekasse kann bis zu sechs Wochen in Anspruch nehmen. Wir werden Sie informieren, sobald Ihr Antrag beschieden wurde. Gegebenenfalls wendet sich auch die Pflegekasse unmittelbar an Sie. Die Belieferung wird erst nach Bewilligung des Antrages aufgenommen.

Für privat versicherte Personen gilt diese Vorgehensweise nicht. Der Antrag für Pflegehilfsmittel muss dann durch die Person selbst an seine/ihre private Krankenkasse übermittelt werden, semamed wird nicht über die Bewilligung oder Ablehnung des Antrages informiert.

Die Abrechnung der Pflegehilfsmittel erfolgt dann direkt zwischen semamed und der privat versicherten Person.

1.2 Bestellungen als Selbstzahler

Sie können auch ohne Kostenübernahme durch die Pflegekasse Pflegehilfsmittel bei uns bestellen. Hierzu müssen Sie Ihre Bestellung über unsere Website www.hygienepaket.de oder telefonisch abgeben.

Sofern Sie über unsere Website bestellen, müssen Sie zunächst das gewünschte Produkt auswählen. Sodann müssen Sie das Bestellformular (Name, Rechnungs- und Lieferadresse, Zahlungsart etc.) vollständig ausfüllen. Mit Betätigung des Buttons „Jetzt zahlungspflichtig bestellen“ geben Sie ein verbindliches Angebot auf Abschluss eines kostenpflichtigen Vertrages ab. Bis zu diesem Zeitpunkt können Sie ihre Angaben jederzeit über den Button „zurück“ korrigieren. Nach Abschluss Ihrer Bestellung schicken wir Ihnen per E-Mail eine Bestätigung des Eingangs Ihrer Bestellung, dies stellt dabei noch keine Annahme durch uns dar. Der Vertrag kommt erst durch eine entsprechende Erklärung durch uns oder durch Lieferung der bestellten Waren zustande.

Zu Abrechnungszwecken bedienen wir uns eines externen Abrechnungsdienstleisters.

1.3 Zusatzprodukte

Bitte beachten Sie, dass Zusatzprodukte, wie etwa wiederverwendbare Bettschutzeinlagen, ggf. zuzahlungspflichtig sind und nur in Verbindung mit anderen Produkten bestellt werden können.

1.4 Allgemeines zur Bestellung und Abrechnung

1.4.1 Der Vertragsschluss erfolgt in deutscher Sprache. Spätestens bei Beginn der Belieferung, wird Ihnen der Vertragstext (bestehend aus Bestellung, AGB und Auftragsbestätigung) von uns per Post oder E-Mail zugesandt (Vertragsbestätigung).

1.4.2 Zu Abrechnungszwecken bedienen wir uns eines externen Abrechnungsdienstleisters.

2. Zahlung, Fälligkeit & Zahlungsmittel

2.1 Sofern Ihr Antrag auf Kostenübernahme bewilligt wurde, übernimmt die Pflegekasse für den bewilligten Zeitraum die Kosten der Pflegehilfsmittel bis zur bewilligten Höhe. In diesem Fall wickeln wir die Zahlungen direkt mit der Pflegekasse ab. Bitte beachten Sie, dass Art und Höhe der Kostenübernahme je nach bestehendem Versicherungsschutz variieren kann. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.hygienepaket.de.

2.2 Sofern Sie als Selbstzahler Pflegehilfsmittel bestellt haben, ist der Bezugspreis entsprechend dem vereinbarten Zahlungsrhythmus unmittelbar nach Rechnungsstellung fällig. Zur Zahlung steht Ihnen der Kauf auf Rechnung zur Verfügung.

2.3 Erfolgt die Zahlung nicht spätestens zum in der Rechnung angegebenen Termin, geraten Sie nach § 286 Abs. 3 BGB ohne weitere Mahnung in Verzug. Dasselbe gilt, wenn eine vereinbarte Abbuchung von Ihrem Konto aus Gründen scheitert, die Sie zu vertreten haben.

3. Lieferung

3.1 Die Belieferung erfolgt durch DHL mit Zustellvermerk. Bitte beachten Sie, dass der unterschriebene Zustellvermerk als Nachweis gegenüber der Pflegekasse benötigt wird. Ohne Zustellvermerk können wir keine weitere Belieferung vornehmen.

3.2 Ihre monatliche Belieferung beginnt jeweils zum nächsterreichbaren Liefertermin.

3.3 Die gelieferten Produkte bleiben bis zur vollständigen Bezahlung in unserem Eigentum (Eigentumsvorbehalt).

4. Urlaubsunterbrechung, Nachsendung & Produktwechsel

Sie können ihre monatliche Belieferung jederzeit zur nächsterreichbaren Lieferung

- vorübergehend aussetzen (z.B. bei Krankenhausaufenthalt),

- eine Nachsendung an eine abweichende inländische Adresse oder

- einen Produktwechsel beantragen.

Hierzu wenden Sie sich bitte an unseren Kundenservice (Telefon: 0800-0010704 (kostenfrei); Fax: 040-524 703 760; E-Mail: info@semamed.de).

5. Widerrufsrecht für Verbraucher

Verbraucher steht grundsätzlich ein gesetzliches Widerrufsrecht zu, über das wir Sie nachfolgend belehren. Ihr Widerrufsrecht erlischt jedoch bei Verträgen zur Lieferung versiegelter Waren, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder der Hygiene nicht zur Rückgabe geeignet sind, wenn ihre Versiegelung nach der Lieferung entfernt wurde.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die erste Ware in Besitz genommen haben bzw. hat.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (semamed GmbH, Überseeallee 1, 20457 Hamburg; Telefon: 0800-0010704 (kostenfrei); Fax: 040-524 703 760; E-Mail: info@semamed.de) mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Waren wieder zurückerhalten haben oder bis Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Waren zurückgesandt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist.

Sie haben die Waren unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag, an dem Sie uns über den Widerruf dieses Vertrags unterrichten, an uns zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von vierzehn Tagen absenden. Sie tragen die unmittelbaren Kosten der Rücksendung der Waren.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

6. Laufzeit & Kündigung

6.1 Die monatliche Belieferung kann jederzeit ordentlich zur nächsterreichbaren Lieferung gekündigt werden. Nach Zugang der Kündigung erhalten Sie somit höchstens noch eine weitere Lieferung.

6.2 Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

6.3 Die Kündigung kann dabei von Ihnen schriftlich, per E-Mail oder Fax sowie telefonisch erfolgen (semamed GmbH, Überseeallee 1, 20457 Hamburg; Telefon: 0800-0010704 (kostenfrei); Fax: 040-524 703 760; E-Mail: info@semamed.de).

7. Leistungsumfang

Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel eines bestimmten Herstellers oder aus einer bestimmten Produktserie besteht nicht. Sofern eine gleichbleibende Produktqualität sichergestellt ist, können wir auch andere Hersteller oder Produktserien auswählen.

8. Daten & Datenschutz

Sie versichern und stehen dafür ein, dass alle von Ihnen angegebenen Daten wahrheitsgemäß und vollständig sind. Sie verpflichten sich, uns Änderungen der Vertragsdaten unverzüglich mitzuteilen (semamed GmbH, Überseeallee 1, 20457 Hamburg; Telefon: 0800-0010704 (kostenfrei); Fax: 040-524 703 760; E-Mail: info@semamed.de).

Datenschutz ist für uns ein wichtiges Anliegen. Weitere Informationen finden sich in der Datenschutzerklärung unter www.hygienepaket.de/datenschutz.

9. Haftung

9.1 Wir haften Ihnen gegenüber für Schäden aus der Verletzung von Leben, Körper, Gesundheit, für Schäden aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Pflichtverletzung von uns, eines unserer gesetzlichen Vertreter oder Erfüllungsgehilfen sowie soweit wir einen Mangel arglistig verschwiegen haben und im Falle der Verletzung einer etwaig Ihnen gegenüber abgegebenen Garantie unbeschränkt gemäß der gesetzlichen Vorgaben.

9.2 Im Übrigen haften wir Ihnen gegenüber im Falle einer leicht fahrlässigen Handlung nur bei Verletzung einer wesentlichen Vertragspflicht, d. h. einer Pflicht, deren Erfüllung die ordnungsgemäße Durchführung des Vertrags überhaupt erst ermöglicht und auf deren Einhaltung Sie regelmäßig vertrauen dürfen, und zwar beschränkt auf den vertragstypischen, vorhersehbaren Schaden.

9.3 Vorstehende Haftungsbeschränkung gilt entsprechend auch für die persönliche Haftung unseres gesetzlichen Vertreters oder Erfüllungsgehilfen.

10. Sonstiges

10.1 Wir sind berechtigt, Rechte und Pflichten aus einer monatlichen Belieferung ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen.

10.2 Diese AGB unterliegen dem Recht der Bundesrepublik Deutschland unter Ausschluss des UN-Kaufrechts. Die gesetzlichen Vorschriften zur Beschränkung der Rechtswahl und zur Anwendbarkeit zwingender Vorschriften insbesondere des Staates, in dem Sie als Verbraucher ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, bleiben unberührt.

10.3 Der Zugang zur Plattform der EU-Kommission zur online-Streitbeilegung lautet: <https://www.ec.europa.eu/consumers/odr> Wir sind nicht verpflichtet, hieran teilzunehmen. Muster-Widerrufsformular (Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.) – semamed GmbH, Überseeallee 1, 20457 Hamburg; Telefon: 0800-0010704 (kostenfrei); Fax: 040-524 703 760; E-Mail: info@semamed.de: – Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*)/die Erbringung der folgenden Dienstleistung (*) – Bestellt am (*)/erhalten am (*) – Name des/der Verbraucher(s) – Anschrift des/der Verbraucher(s) – Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier) – Datum (*) Unzutreffendes streichen.