

Liebe Kundin, lieber Kunde,

um Ihr **kostenfreies** Hygienepaket einfach und bequem monatlich zu erhalten, befolgen Sie diese Schritte:

- 1** Füllen Sie das Formular aus. Mit unserer praktischen Ausfüllhilfe geht das schnell und einfach.
- 2** Senden Sie uns das unterzeichnete Antragsformular zurück – bequem per E-Mail, Fax oder Post:

E-Mail: hallo@hygienepaket.de
Fax: +49 40 468989789
Post: hygienepaket c/o semamed GmbH, Esplanade 40, 20354 Hamburg
- 3** Fertig! Wir kümmern uns um alles Weitere. Nach maximal vier Wochen erhalten Sie Ihr erstes kostenfreies Hygienepaket.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr Hygienepaket-Team

 Jetzt bequem in nur **5 Minuten** online bestellen:
<https://www.hygienepaket.de/bestellung>



Haben Sie noch Fragen?

 Wir beraten Sie gerne! Rufen Sie uns kostenfrei an
0800 816 816 0.

Unser Tipp: Sichern Sie sich die wiederverwendbaren
Bettschutzeinlagen **ohne Zuzahlung.**



0,00 €

statt 26,00 € UVP

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
Bettscutzeinlagen (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 Bettscutzeinlagen (Wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Kontaktnden	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.

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

1
 2
 3
 4
 5

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"/>	54.99.01.1001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 100 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Handdesinfektionsmittel 500 ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel 500 ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Bettschutzeinlagen (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 v. H., soweit keine Beihilfe nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4084

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
hygienepaket c/o semamed GmbH Überseeallee 1 20457 Hamburg	330205882

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten) bzw. Bevollmächtigten
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte auch kostenlos 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/Beihilfeberechtigung

PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

Datum, IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

1 Versicherte/r: Persönliche Daten des Versicherten



2 Pflegehilfsmittel: Im Antrag zur Kostenübernahme sind bereits alle verfügbaren Pflegehilfsmittel vorausgewählt. Dies ermöglicht einen unkomplizierten Produktwechsel bei Bedarf, ohne dass Sie den Antrag erneut bei Ihrer Pflegekasse stellen müssen.

3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen: Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen kostenfrei ohne Zuzahlung beantragen möchten, bitte hier ankreuzen.

4 Stückzahl: Bitte markieren Sie zusätzlich, wie viele dieser Bettschutzeinlagen Sie pro Jahr benötigen. **Unser Tipp:** Entscheiden Sie sich für 4x Bettschutzeinlagen, um einen häufigeren Wechsel zu ermöglichen.

5 Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen. Der sich darunter befindende Abschnitt wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

Wichtig!

Bitte schicken Sie uns das vollständig vom Versicherten (oder einer bevollmächtigten Person) ausgefüllte und unterzeichnete Antragsformular (vorzugsweise per E-Mail) zurück. Wir werden Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse einreichen.

per E-Mail: hallo@hygienepaket.de
per Fax: +49 40 468989789
per Post:
 hygienepaket c/o semamed GmbH
 Esplanade 40
 20354 Hamburg

WECHSELERKLÄRUNG

zur Kenntnisnahme bei der Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf die Versorgung zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

Pflegekasse:

Diesen Antrag können Sie auch digital ausfüllen.

Pflegekasse

Versichertennummer

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Versicherter:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail

Pflegegrad

 1 2 3 4 5

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich mache von meinem Wahlrecht gebrauch und möchte meine bestehende Versorgung der Pflegehilfsmittel auf einen anderen Leistungserbringer übertragen.

Ab dem _____ möchte ich von folgendem Leistungserbringer versorgt werden.

Name und Anschrift

hygienepaket c/o semamed GmbH
Überseeallee 1
20457 Hamburg

Kontaktiden

Tel.: **0800 - 816 816 0**
Email: **hallo@hygienepaket.de**

Institutionskennzeichen

330205882

Bitte erteilen Sie dem oben genannten Leistungserbringer die Kostenzusage.
Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen



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

EMPFANGSVOLLMACHT

Um den Umgang mit Ihren kostenfreien Pflegehilfsmitteln möglichst einfach zu gestalten, stellen wir Ihnen diese Empfangsvollmacht zur Verfügung. Damit haben Sie die Möglichkeit, die monatlich erforderliche Unterschrift für den Erhalt der Pflegehilfsmittel auf Ihren ambulanten Pflegedienst zu übertragen. Bitte beachten Sie, dass die Vollmacht ausschließlich für den Erhalt des Hygienepakets gültig ist.

Diesen Antrag können Sie auch digital ausfüllen.

Hiermit ermächtige ich:

Versicherter:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail

Pflegegrad

 1 2 3 4 5

Pflegedienst:

Name des Pflegedienstes

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

die monatliche Lieferung des Hygienepakets anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

Name und Anschrift

hygienepaket c/o semamed GmbH
Überseeallee 1
20457 Hamburg

Kontakttden

Tel.: **0800 - 816 816 0**
Email: **hallo@hygienepaket.de**

Institutionskennzeichen

330205882

Die semamed GmbH ist berechtigt, die von mir bestellten Produkte an alle Mitarbeiter und Stellvertreter der genannten Organisation mit schuldbefreiender Wirkung zu liefern. Ab der Übergabe trage ich das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware. In diesem Zusammenhang stimme ich zu, dass die semamed GmbH sowohl personenbezogene als auch Gesundheitsdaten an den von mir bevollmächtigten Pflegedienst weitergeben kann, sofern dies für die Annahme des Hygienepakets erforderlich ist.

Wenn ich die oben genannte Empfangsvollmacht für einen Dritten, beispielsweise eine pflegebedürftige Person, erteile, versichere ich, dass mich die betreffende Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat. Ich kann der semamed GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen. Falls dies nicht der Fall ist, erkläre ich hiermit, dass ich unter Umständen schadenersatzpflichtig sein kann.

X

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

hygienepaket



So einfach geht Ihr Rückversand:

- 1 Schneiden Sie den Vordruck entlang der Linien aus.
- 2 Kleben Sie den Vordruck auf einen Briefumschlag.
- 3 Stecken sie den Antrag und die dazugehörigen Unterlagen in den Umschlag.
- 4 Sie brauchen den Briefumschlag nur noch in den Briefkasten werfen, **das Porto übernehmen wir für Sie!**




Entgelt zahlt Empfänger


ANTWORT
 hygienepaket
 c/o semamed GmbH
 Esplanade 40
 20354 Hamburg

hygienepaket

i Selbstverständlich können Sie uns die Formulare auch per E-Mail zukommen lassen an hallo@hygienepaket.de. Wir benötigen kein Original, es reicht ein eingescanntes, unterschriebenes Formular.

Haben Sie noch Fragen? Wir beraten Sie gerne! Rufen Sie uns kostenfrei an **0800 816 816 0**.

