









Schatzkiste

Hilfsmittel für den
Pflegeschatz zu Hause



Die Sortimente der Schatzkisten

Wählen Sie in der Übersicht Ihre Schatzkiste aus, die Ihre speziellen Bedürfnisse abdeckt.

Schatzkiste	1 Inkontinenz „Pflege“	2 Hygiene/ Desinfektion	3 Hygiene/ Desinfektion Plus	4 Inkontinenz „Extra-Schutz“	5 Inkontinenz „Standard“	6 Persönlicher Schutz	7 Inkontinenz „Extra-Schutz“ Plus
 Einmal-Bettschutzeinlage 90 x 60 cm	✓ 30 Stück	-	-	✓ 90 Stück	✓ 60 Stück	-	1–4 Stück wiederverwendbare Bettscutzeinlagen zusätzlich zu Schatzkiste 2, 3 oder 6 erhältlich oder innerhalb einer individuellen Schatzkiste (jedoch nicht in Kombination mit Einmal-Bettscutzeinlagen)
 WiBUplus Flächendesinfektion	-	✓ 750 ml	✓ 750 ml	-	-	✓ 750 ml	
 WiBUplus Händedesinfektion	✓ 500 ml	✓ 500 ml	✓ 2x 500 ml	-	✓ 500 ml	✓ 500 ml	
 WiBUplus Nitril-Handschuhe Größe S–XL Farbe: Violett	✓ 100 Stück	✓ 200 Stück	✓ 200 Stück	-	✓ 100 Stück	✓ 200 Stück	
 WiBUplus Mundschutz 3-lagig	-	-	-	-	-	✓ 50 Stück	
 WiBUplus Einmal-Schürze Folie	✓ 100 Stück	-	-	-	-	-	

So einfach geht's! In 3 Schritten zur eigenen Schatzkiste:



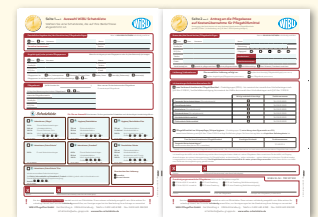
Formular „Auswahl WiBU Schatzkiste“ ausfüllen

Füllen Sie zunächst das Formular „Auswahl WiBU Schatzkiste“ aus und wählen Sie das für Sie passende Sortiment aus unseren Schatzkisten aus.



Antrag „Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel“ ausfüllen

Füllen Sie parallel auch den „Antrag an die Pflegekasse“ vollständig aus und tragen Sie dort die aktuell oder in naher Zukunft (voraussichtlich) benötigten Pflegehilfsmittel ein. Wenn Sie sich nicht ganz sicher sind, bitten Sie die Sie pflegende Person, Ihnen beim Ausfüllen behilflich zu sein. Das unterschriebene Antragsformular senden Sie bitte an die WiBU Gruppe. Wir erledigen dann umgehend alle Formalitäten mit Ihrer Pflegekasse.

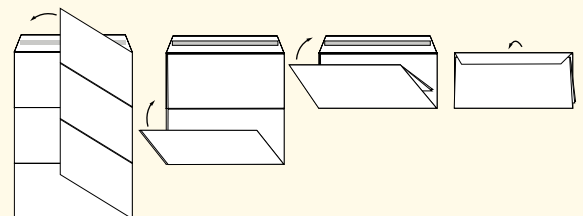


Formular mit Antrag an den WiBU senden und die Schatzkiste nach Hause erhalten

Das Formular und den Antrag zusammenklappen, nach oben gewickelt zusammenfalten, anschließend mit der Lasche oben verschließen und versenden an:

WiBU PflegePlus GmbH, Gerstenstieg 6, 22926 Ahrensburg.

Sobald Ihr Antrag von Ihrer Pflegekasse genehmigt ist, erhalten Sie von uns Ihre WiBU Schatzkiste pünktlich jeden Monat an die gewünschte Lieferadresse zugesendet. Es entstehen Ihnen dabei keinerlei Zusatzkosten, alle Formalitäten mit Ihrer Kasse erledigen wir als Service für Sie, und der Versand der Schatzkiste erfolgt portofrei.



Beantragen Sie jetzt Ihre **kostenfreien Pflegehilfsmittel** für die häusliche Pflege:

Mit der WiBU Schatzkiste erhalten Sie die Pflegehilfsmittel einfach, schnell und zuverlässig monatlich direkt geliefert. Nach der Genehmigung übernimmt Ihre Pflegekasse diese Kosten.



Ihr Plus. Seit 1920.



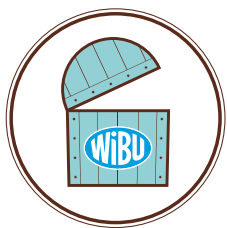
Schatzkiste

Hilfsmittel für den
Pflegeschatz zu Hause

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

WiBU PflegePlus GmbH
„WiBU Schatzkiste“
Gerstenstieg 6
22926 Ahrensburg



Schatzkiste



Hilfsmittel für den
Pflegeschatz zu Hause



Nutzen Sie jetzt Ihren Anspruch auf kostenlose Pflegehilfsmittel im Wert von 40 €/Monat unter folgenden Voraussetzungen:

- Es liegt ein Pflegegrad (1–5) vor
- Sie werden zu Hause von Ihren Angehörigen gepflegt oder wohnen in einer Wohngemeinschaft
- Sie werden von mindestens einer privaten Person betreut

Und so einfach gehts:

Schicken Sie uns beide Formulare  1 und  2 ausgefüllt und unterschrieben per Freibrief zurück. Wir kümmern uns um alles Weitere!

Die Produktauswahl der einzelnen Schatzkisten finden Sie auf der nächsten Seite.

Ihre Schatzkisten-Vorteile auf einen Blick

- ✓ Nach Genehmigung übernimmt die Pflegekasse die Kosten der Schatzkiste im Wert von 40,00€ bzw. 20,00€
- ✓ Sie sparen Wege und Zeit beim Einkauf
- ✓ Der WiBU rechnet direkt mit Ihrer Pflegekasse ab, es entstehen Ihnen keine Zusatzkosten
- ✓ Sie erhalten Ihre Schatzkiste pünktlich und zuverlässig jeden Monat nach Hause oder an eine gewünschte Adresse geliefert
- ✓ Alle Formalitäten mit der Pflegekasse erledigen wir für Sie
- ✓ Sie erhalten nur bewährte Marken- und Qualitätsprodukte
- ✓ Keine Mindestlaufzeit, jederzeit kündbar





Seite 1 von 2 Auswahl WiBU Schatzkiste



Wählen Sie eine Schatzkiste, die auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist.

Persönliche Angaben der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** vollständig ausfüllen.

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Versichertennummer: _____ **Telefon:** _____

Angehörige(r) oder private Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r) Betreuer(in)

Pflegeperson ist als Betreuer(in) gerichtlich bevollmächtigt: ja nein

Pflegedienst

(WiBU Kunden-Nr.: _____)

Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst

Firmenstempel Pflegedienst

Erfolgt Ihre Betreuung durch einen Pflegedienst? ja nein

Name der Pflegedienststelle: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____



Schatzkiste

Für Sie zur Auswahl Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Schatzkiste und die benötigte Handschuhgröße an

1 Inkontinenz „Pflege“

30 St. Einmal-Bettsschutzeinlagen
 500 ml Händedesinfektion
 100 St. Einmal-Schürzen, Folie
 100 St. Nitril-Handschuhe, violett
 Größe: S M L XL

Art. Nr. 8080- -10 -11 -12 -13

2 Hygiene/Desinfektion

750 ml Flächendesinfektion
 500 ml Händedesinfektion
 200 St. Nitril-Handschuhe, violett
 Größe: S M L XL

Art. Nr. 8080- -20 -21 -22 -23

3 Hygiene/Desinfektion Plus

750 ml Flächendesinfektion
 2 x 500 ml Händedesinfektion
 200 St. Nitril-Handschuhe, violett
 Größe: S M L XL

Art. Nr. 8080- -30 -31 -32 -33

4 Inkontinenz „Extra Schutz“

90 St. Einmal-Bettsschutzeinlagen

Art. Nr. 808040

5 Inkontinenz „Standard“

60 St. Einmal-Bettsschutzeinlagen
 500 ml Händedesinfektion
 100 St. Nitril-Handschuhe, violett
 Größe: S M L XL

Art. Nr. 8080- -50 -51 -52 -53

6 Persönlicher Schutz

750 ml Flächendesinfektion
 500 ml Händedesinfektion
 50 St. Mundschutz weiß, 3-lagig
 200 St. Nitril-Handschuhe, violett
 Größe: S M L XL

Art. Nr. 8080- -60 -61 -62 -63

7 Inkontinenz „Extra Schutz“ Plus

Wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen

1-4 Stück / Jahr zusätzlich zu Schatzkiste 2, 3 oder 6 erhältlich, jedoch nicht in Kombination mit Einmal-Bettsschutzeinlagen (Doppelversorgung)

Anzahl: 1 2 3 4

Art. Nr. 873786

Sie wünschen Ihre Lieferung:

- monatlich
 alle zwei Monate

X

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)



Bei den **rot hinterlegten Feldern** handelt es sich um Pflichtfelder. Diese müssen vollständig ausgefüllt sein. Bitte achten Sie unbedingt darauf, das Formular **vollständig** auszufüllen, um Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrags zu vermeiden!





Seite 2 von 2 Antrag an die Pflegekasse auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)



Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** vollständig ausfüllen.

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____ Geburtstag: | | | | | | | |

PLZ/Ort: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

E-Mail: _____ Versichertennummer: _____

Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt über Ortsamt / Sozialamt versichert

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung erfolgt an:

- die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) (siehe Seite 2)
 die/den Angehörigen/Pflegeperson (siehe Seite 1) den Pflegedienst (siehe Seite 1)

Ich beantrage die Kostenübernahme für

- zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54) – 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.

	Wird grundsätzlich benötigt	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%,
soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt. Bei Befreiung legen Sie Ihrem Antrag bitte eine **Kopie Ihrer Befreiungskarte** bei.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Benötigte Stückzahl	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen** wiederverwendbar (bis zu 100 x waschbar)		51.40.01.4

**Zusätzlich zur Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel in Höhe von 40,-/20,- € ist die Kostenübernahme von bestimmten wiederverwendbaren Pflegehilfsmitteln möglich.

Ich beauftrage den WiBU mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie den WiBU, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. **Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet.** Meine Daten dürfen vom WiBU zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

X _____ Datum **X** _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse: Wird von der Pflegekasse ausgefüllt

WiBU IK-Nr.: 330107202

- PG 54 bis 40,00 € monatlich PG 51 mit Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)
 PG 54 bis 20,00 € monatlich PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

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

! Bei den **rot hinterlegten Feldern** handelt es sich um Pflichtfelder. Diese müssen vollständig ausgefüllt sein. Bitte achten Sie unbedingt darauf, das Formular **vollständig** auszufüllen, um Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrags zu vermeiden! **!**