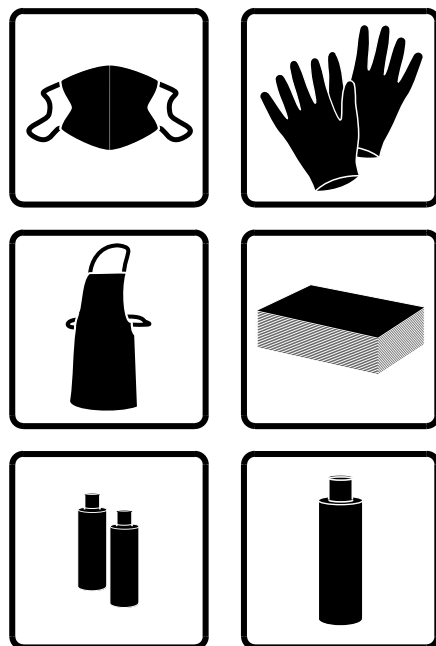


# SO WADEN PFLIEGE PACKE



**JEDEN  
MONAT  
GRATIS**  
Ein Pflege-  
hilfsmittel-  
paket Ihrer  
Wahl!

# Ihr Pflegepaket: Das sind die Voraussetzungen

Der Anspruch auf „zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ ist im XI. Sozialgesetzbuch § 40 Abs. 2 gesetzlich geregelt. Der aktuelle Wert (Stand 08/2017) beträgt bis zu 40,00 € pro Monat für den Pflegebedürftigen.

Voraussetzungen für den Erhalt des Pflegepaketes sind:

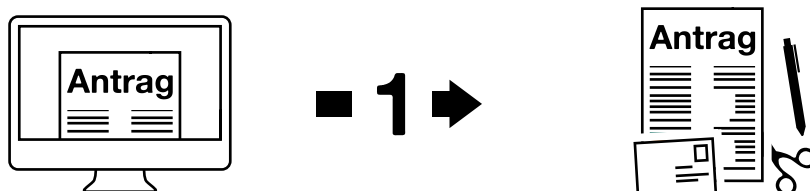
1. Eine Einstufung in einen Pflegegrad von 1, 2, 3, 4 oder 5.
2. Das Leben zu Hause oder in einer Wohngemeinschaft (betreutes Wohnen).
3. Das Pflegen durch eine oder mehrere private Personen, gegebenenfalls durch Unterstützung eines Pflegedienstes.
4. Das Einreichen eines Antrages bei der zuständigen Pflegekasse.

Das Pflegepaket enthält den Monatsbedarf an Pflegehilfsmitteln des täglichen Verbrauchs entsprechend der Pflegesituation. Es gehören dazu vor allem Produkte für die Hygiene und den Schutz aller an der Pflege beteiligten Personen.

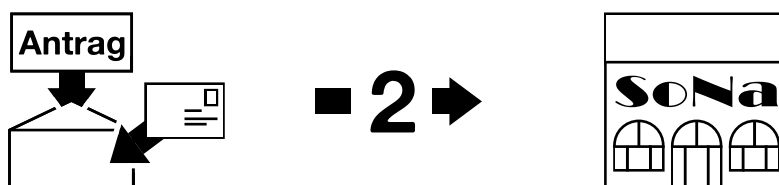
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch sind auf den Gebrauch in der häuslichen Pflege abgestimmt. Es zählen darunter: Bettschutzeinlagen, Hand – und Flächendesinfektion, Einmalhandschuhe, Schutzschürzen sowie Mundschutz. Wir liefern Ihnen selbstverständlich nur hochwertige Qualitätsprodukte von namhaften Herstellern. Sollte für Ihre spezielle Situation die Produktauswahl nicht optimal sein, dann setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

## Ihr Pflegepaket: So bestellen Sie es richtig

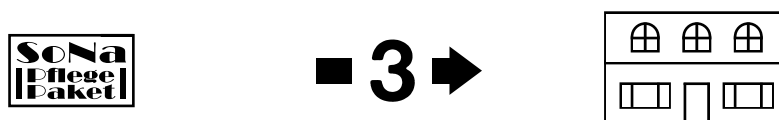
1. Laden Sie sich einfach unseren SoNa-Antrags- und Bestellformular herunter und füllen Sie es aus (Unterschriften nicht vergessen). Schneiden Sie nun unser vorbereitetes SoNa-Adressetikett einfach an der gestrichelten Linie aus.



















2. Senden Sie das SoNa-Antrags- und Bestellformular per Briefpost an uns. Benutzen Sie dazu bitte das von uns vorbereitete SoNa-Adressetikett (kleben Sie es auf die Vorderseite des Briefumschlags). Wir übernehmen das Porto und kümmern uns um alles Weitere!



3. Sobald wir die Zusicherung der Kostenübernahme durch Ihre Pflegekasse erhalten haben, senden wir Ihnen sofort kostenlos monatlich Ihr bestelltes SoNa-Pflegepaket zu.



# Ihr Pflegepaket: Auch ganz individuell möglich

<p>1</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket 1</b>            100 St. Einmalhandschuhe*            100 St. Schutzschürzen*            25 St. Bettschutzeinlagen*            500 ml Händedesinfektion            500 ml Flächendesinfektion</p> 
<p>2</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket 2</b>            50 St. Mundschutz*            100 St. Einmalhandschuhe*            100 St. Schutzschürzen*            500 ml Händedesinfektion            500 ml Flächendesinfektion</p> 
<p>3</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket 3</b>            100 St. Einmalhandschuhe*            50 St. Bettschutzeinlagen*            500 ml Händedesinfektion</p> 
<p>4</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket 4</b>            100 St. Schutzschürzen*            75 St. Bettschutzeinlagen*</p> 
<p>5</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket 5</b>            200 St. Einmalhandschuhe*            100 St. Schutzschürzen*            500 ml Händedesinfektion            500 ml Flächendesinfektion</p> 
<p>6</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket 6</b>            100 St. Einmalhandschuhe*            50 St. Bettschutzeinlagen*            500 ml Händedesinfektion            500 ml Flächendesinfektion</p> 
<p>7</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket 7</b>            50 St. Mundschutz*            100 St. Einmalhandschuhe*            25 St. Bettschutzeinlagen*            500 ml Händedesinfektion            500 ml Flächendesinfektion</p> 
<p>!</p> 	<p><b>SoNa-Pflegepaket !</b>            Sollte für Ihre spezielle Situation die Produktauswahl nicht optimal sein, dann setzen Sie sich Bitte mit uns in Verbindung.</p> 

## 1 SoNa-Pflegepaket

Bitte wählen Sie Ihr Wunsch-Pflegepaket aus.

**SoNa-Pflegepaket 1**  
100 St. Einmalhandschuhe\*  
100 St. Schutzschürzen\*  
25 St. Bettschutzeinlagen\*  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

**SoNa-Pflegepaket 2**  
50 St. Mundschutz\*  
100 St. Einmalhandschuhe\*  
100 St. Schutzschürzen\*  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

**SoNa-Pflegepaket 3**  
100 St. Einmalhandschuhe\*  
50 St. Bettschutzeinlagen\*  
500 ml Händedesinfektion

**SoNa-Pflegepaket 4**  
100 St. Schutzschürzen\*  
75 St. Bettschutzeinlagen\*

**SoNa-Pflegepaket 5**  
200 St. Einmalhandschuhe\*  
100 St. Schutzschürzen\*  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

**SoNa-Pflegepaket 6**  
100 St. Einmalhandschuhe\*  
50 St. Bettschutzeinlagen\*  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

**SoNa-Pflegepaket 7**  
50 St. Mundschutz\*  
100 St. Einmalhandschuhe\*  
25 St. Bettschutzeinlagen\*  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

**sebamed gratis**  
Bestellen Sie kostenlos und unverbindlich eine einmalige Probe von sebamed mit.

## 2 Handschuhgröße

Bitte wählen Sie Ihre Handschuhgröße aus.

S (Small)  M (Medium)  
 L (Large)  XL (E. Large)

Sollte keine Größe angekreuzt sein, dann liefern wir automatisch die M (Medium).

## 3 Lieferinformationen

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Felder korrekt aus.

IK-Nr.: 331430785  
IK-Nr.: 331510737  
IK-Nr.: 331200903  
IK-Nr.: 331204985

### Versicherte(r)

Anrede  Herr  Frau

Name, Vorname

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Ort

Name der Pflegekasse

### Pflegeperson (Daten zu Ihrer wichtigsten privaten Pflegeperson oder Betreuers)

Anrede  Herr  Frau

Name, Vorname

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Ort

Telefon

Verhältnis  Ehe-/Lebenspartner  Mutter oder Vater bzw. Erziehungsberechtigte(r)  
 Tochter/Sohn  Schwiegertochter/Schwiegersohn  
 Sonstiger Angehöriger/Freund  Gesetzlich bevollmächtigte(r) Betreuer(in)

### Pflegedienst/Sozialstation (Falls zutreffend bitte ausfüllen)

Name des Pflegedienstes

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Ort

Telefon

### Lieferadresse

Zustellung  An die Adresse der/des Versicherten  An die Adresse der Pflegeperson/Betreuung

Ich kann jeden Monat neu festlegen, welches SoNa-Pflegepaket ich erhalten möchte. Dies werde ich der **SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR** immer rechtzeitig mitteilen: **Filiale Torgau • Leipziger Straße 42 • Telefon: (03421) 704252 | Filiale Jessen • Bahnhofstraße 2 • Telefon: (03537) 213552 | Filiale Jüterborg • Mönchenstraße 44 • Telefon: (03372) 433499 | Filiale Dahme • Luckauer Straße 21 • Telefon: (035451) 874100.** Ein SoNa-Pflegepaket erhalte ich monatlich nur so lange, wie meine Pflegekasse die Kostenübernahme zugesichert hat. Die SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR kann die monatliche Lieferung sofort einstellen, wenn meine Pflegekasse die Kostenübernahme widerrufen sollte. Ich bevollmächtige hiermit die Pflegeperson/Betreuung beziehungsweise den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner SoNa-Pflegepakete.





## 1 Persönliche Daten

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Felder korrekt aus.

IK-Nr.: 331430785  
 IK-Nr.: 331510737  
 IK-Nr.: 331200903  
 IK-Nr.: 331204985

### Versicherte(r)

Anrede  Herr  Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum   .   .

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Ort

Telefon

Name der Pflegekasse

Versichertennummer

Pflegegrad  keiner  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 beantragt

## 2 Pflegehilfsmittel

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Felder korrekt aus.

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54 bis maximal 40,00 € beziehungsweise bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich).

Stückzahl	Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/> x 50 St.	Mundschutz**	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> x 100 St.	Einmalhandschuhe**	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> x 100 St.	Schutzschürzen**	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/> x 25 St.	Bettscutzeinlagen**	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> x 500 ml	Händedesinfektion**	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> x 500 ml	Flächendesinfektion**	54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB IX vorliegt.

<input type="checkbox"/> 3 Stk.	Bettscutzeinlagen	51.40.01.4
---------------------------------	-------------------	------------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich beauftrage die **SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR | Bahnhofstraße 2 - 06917 Jessen | Telefon: (03537) 213552 • Telefax: (03537) 216241**, welche ab sofort auch mein neuer Leistungserbringer ist, mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Die SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

## 3 Pflegekassfelder

Diese Felder werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt!



### GENEHMIGT

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

### GENEHMIGUNGSVERMERK

<input type="checkbox"/> PG 51 m. Eigenanteil	<input type="checkbox"/> PG 51 o. Eigenanteil
<input type="checkbox"/> PG 51 m. Eigenanteil/BHB	<input type="checkbox"/> PG 51 o. Eigenanteil/BHB
<input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 €	<input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,00 €/BHB

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

Datum | Unterschrift der/des Pflegebedürftigen, gesetzlichen Vertreters oder Betreuer

Datum, IK & Unterschrift der Pflegekasse



**SONA** pfiese  
Baketei

Entgelt  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

SoNa Sanitätshaus GbR  
Bahnhofstraße 2

06917 Jessen



## 1. Abtrennen

Schneiden Sie das nebenstehende SoNa-Adressetikett nach dem ausdrucken ab, indem Sie es innerhalb der gestrichelten Linie ausschneiden.


## 2. Aufkleben

Tragen Sie auf der Rückseite des abgetrennten SoNa-Adressetiketts Kleber (Tube oder Klebestift) auf und kleben Sie es dann auf die Vorderseite des Briefumschlags, der Ihr ausgefülltes und unterschriebenes SoNa-Antrags- und Bestellformular enthält.

**SONA** pflege  
Bakel



Entgelt  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

SoNa Sanitätshaus GbR  
Bahnhofstraße 2

06917 Jessen



## 1. Abtrennen

Schneiden Sie das nebenstehende SoNa-Adressetikett nach dem ausdrucken ab, indem Sie es innerhalb der gestrichelten Linie ausschneiden.

## 2. Aufkleben

Tragen Sie auf der Rückseite des abgetrennten SoNa-Adressetiketts Kleber (Tube oder Klebestift) auf und kleben Sie es dann auf die Vorderseite des Briefumschlags, der Ihr ausgefülltes und unterschriebenes SoNa-Antrags- und Bestellformular enthält.

# Wir sind immer für Sie da

Im Bereich der Rehathechnik werden Geräte wie Rollstühle, Sitzschalen, Pflegebetten, Geh- und Stehhilfen sowie andere medizinische Hilfsmittel individuell angepasst. Dazu gehört auch eine Erprobung der jeweiligen Hilfsmittel, um Ihren Anforderungen gerecht zu werden und Ihre Lebensqualität nachhaltig zu verbessern. Die Beratung vor Ort ist dabei von entscheidender Bedeutung, da sich erst bei der Betrachtung der häuslichen Gegebenheiten viele Fragen beantworten lassen. Unsere große Produktpalette modernster Rehathechnik, Treppenliftanlagen, Spezialfahrzeuge, Pflegezimmereinrichtungen, Wohnraumanpassungen sowie dem kompletten Zubehör kann teilweise sogar getestet werden.

## **Torgau**

SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR  
Leipziger Straße 42  
04860 Torgau\*

Telefon: (03421) 704252  
Telefax : (03421) 774655

## **Jessen**

SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR  
Bahnhofstraße 2  
06917 Jessen\*

Telefon: (03537) 213552  
Telefax : (03537) 216241

## **Jüterbog**

SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR  
Mönchenstraße 44  
14913 Jüterbog\*

Telefon: (03372) 433499  
Telefax : (03372) 406547

## **Dahme**

SoNa Gesundheitsboutique & Sanitätshaus GbR  
Luckauer Straße 21  
15936 Dahme\*\*

Telefon: (035451) 874100  
Telefax : (035451) 874099

## **Online**

E-Mail : [info@sona24.de](mailto:info@sona24.de)  
Internet: <http://sona24.de>

## **Öffnungszeiten**

- \*Montag bis Freitag : 09:00 Uhr - 18:00 Uhr
- \*\*Montag, Mittwoch, Freitag: 09:00 Uhr - 15:00 Uhr
- \*\*Dienstag und Donnerstag : 09:00 Uhr - 17:00 Uhr