

Ihr  
**GRATIS**  
**Pflegepaket**  
im Wert von  
**42 €**

# Das volle Paket bei häuslicher Pflege!

Bei der Pflege von Angehörigen im häuslichen Umfeld besteht Anspruch auf Kostenübernahme für Pflegemittel im Wert von bis zu 42 € durch die Pflegekasse, bereits ab Pflegegrad 1.

Wählen Sie ein Saniset und beziehen Sie Pflegehilfsmittel im Wert von 42 € jeden Monat! Dafür benötigen wir Ihre persönlichen Daten, Ihre Versicherungsdaten und Ihre Unterschrift auf der folgenden Seite.

## Auswahl der Sanisets und Angaben zum Abonnement

Sichern Sie sich Ihr Saniset -für Sie kostenlos- im Wert von 42 € – und das jeden Monat!

### 1. Wählen Sie das für Sie passende Saniset\*



**Saniset 1**  
Händedesinfektionsmittel (2 x 500 ml)  
Bettscutzeinlagen (30 Stück)  
Einmalhandschuhe (100 Stück)



**Saniset 2**  
Händedesinfektionsmittel (500 ml)  
Flächendesinfektionsmittel (500 ml)  
Bettscutzeinlagen (30 Stück)  
Einmalhandschuhe (100 Stück)



**Saniset 3**  
Händedesinfektionsmittel (500 ml)  
Flächendesinfektionsmittel (2 x 500 ml)  
Einmalhandschuhe (100 Stück)  
Mundschutz (50 Stück)



**Saniset 4**  
Händedesinfektionsmittel (500 ml)  
Bettscutzeinlagen (2 x 25 Stück)  
Einmalhandschuhe (100 Stück)



**Saniset 5**  
Händedesinfektionsmittel (500 ml)  
Bettscutzeinlagen (25 Stück)  
Einmalhandschuhe (100 Stück)  
Mundschutz (50 Stück)



**Saniset 6**  
Händedesinfektionsmittel (500 ml)  
Flächendesinfektionsmittel (500 ml)  
Einmalhandschuhe (2 x 100 Stück)

### 2. Wie lange möchten Sie das Saniset beziehen?

Sie können Ihre Bestellung jederzeit problemlos unter +49 (0)2241 9322-0 ändern oder abbestellen.

- Ich möchte das Saniset unbegrenzte Zeit beziehen. (empfohlen)
- Ich möchte das Saniset bis  beziehen.
- Ich möchte das Saniset alle  Monate beziehen.

### 3. Sie haben Einmalhandschuhe in Ihrem Saniset, welche Größe hätten Sie gerne?

- S (Klein)     M (Mittel)     L (Groß)

## Antrag auf Kostenübernahme

### Ihre persönlichen Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Pflegekasse	Versichertennummer
Straße, PLZ, Wohnort			Pflegegrad

- Ich beantrage die Kostenübernahme für:**  
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Fingerlinge	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/>	

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 bitte die letzten 3 Stellen ergänzen	1 Stück	<input type="text"/>	

- durch folgenden Leistungserbringer:**

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Orbisana Healthcare GmbH, Biberweg 24-26, 53842 Troisdorf	33 053 0944

- Ich wurde vor der Übergabe des pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber  
– welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,  
– die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:  Beratung in den Geschäftsräumen  Beratung in der Häuslichkeit  
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)

Der o. g. Leistungserbringer hat:  mich persönlich beraten und/oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten

Datum der Beratung: \_\_\_\_\_ Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

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.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten

**Bitte nicht ausfüllen** (Dieser Bereich wird von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt)

#### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift

Bitte senden Sie uns diese Seite ausgefüllt zurück.



# Verarbeitung personenbezogener Kundendaten

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten wird in allen unseren Geschäftsprozessen berücksichtigt.



Im Folgenden erhalten Sie einen detaillierten Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns. Unter personenbezogenen Daten sind alle Informationen zu verstehen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen. Mit diesen Datenschutzhinweisen informieren wir Sie über Art, Umfang und Zwecke der Erhebung personenbezogener Daten bei uns und wie wir mit diesen Daten umgehen. Darüber hinaus erfahren Sie, welche Rechte Ihnen in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zustehen.

Die folgenden Hinweise gelten für alle natürlichen Personen, deren personenbezogene Daten gespeichert werden und die im Zusammenhang mit der Kundenbeziehung stehen.

Wer ist für die Verarbeitung meiner Daten verantwortlich und an wen kann ich mich zum Thema Datenschutz wenden?

1

Verantwortlicher für die nachfolgend beschriebene Verarbeitung von personenbezogenen Daten ist:  
**Orbisana Healthcare GmbH**  
Biberweg 24-26 | 53842 Troisdorf  
Tel. +49 (0)2241 9322-0 | info@orbisana.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:  
**DSQM Datenschutz- und Qualitätsmanagement**  
**Eva-Daniela Jung**  
Haus Gravener Str. 96 | 40764 Langenfeld  
Tel. +49 (0)172 2527359 | edj@dsqm.org

Woher kommen meine Daten und welche Daten werden verarbeitet?

2

Personenbezogene Daten („Daten“) verarbeiten wir gemäß den datenschutzrechtlichen Grundsätzen nur in dem Maße, in dem es erforderlich ist, uns dies aufgrund anwendbarer rechtlicher Vorgaben erlaubt ist oder wir dazu verpflichtet sind. Soweit sich aus Nachfolgendem nichts anderes ergibt, erfassen die Begriffe „verarbeiten“ und „Verarbeitung“ insbesondere auch das Erheben, das Nutzen, Speichern, das Offenlegen und das Übermitteln personenbezogener Daten (siehe hierzu Artikel 4 Nr. 2 der EU-Datenschutz-Grundverordnung („DSGVO“)).

**2.1 Freiwilligkeit der Angaben von Daten**

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist grundsätzlich freiwillig. Zum Abschluss und zur Durchführung der Kundenbeziehung ist es jedoch zwingend notwendig, gewisse Daten über Sie zu verarbeiten.

**2.2 Allgemeine Daten aus der Kundenbeziehung**

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten, um Sie mit medizinischen Hilfsmitteln sowie enteraler Ernährung und Verbandmitteln (Homecare-Produkte) zu versorgen. Dies umfasst insbesondere die folgenden Daten:

- Kontaktdaten des Kunden, insbesondere Anrede, Name, private Anschrift, Telefonnummer, Email-Adresse, Verordnungsdaten (Rezept) sowie notwendige Daten zu Abrechnungszwecken.
- ggf. ergänzend folgende Daten: Fotos, Videos (zum Zweck der Auswahl und/oder Bewilligung)

**2.3 Daten aus anderen Quellen**

Personenbezogene Daten aus anderen Quellen (z. B. Gesundheitseinrichtung, Krankenkassen) verarbeiten wir nur, soweit dies rechtlich zulässig ist, etwa weil dies für die Erbringung unserer Leistungen notwendig ist.

Wofür werden meine Daten verwendet (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Basis (Rechtsgrundlage) passiert dies?

3

**3.1 Erhebung und Verarbeitung im Rahmen einer Kundenbeziehung**

Wir erheben und verarbeiten Ihre oben näher bezeichneten personenbezogenen Daten im Rahmen der Aufnahme und Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten Ihnen gegenüber (Artikel 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Zum Beispiel verarbeiten wir Ihre Daten im Rahmen der Kontaktaufnahme zum Einholen einer Genehmigung Ihrer Krankenkasse sowie der anschließenden Abrechnung. Durch das Eingehen einer Kundenbeziehung als Interessent, oder Kunde werden wir Ihre Kontaktdaten sowie Informationen und die Kommunikation mit Ihnen speichern und zumindest für die Dauer der Kundenbeziehung verarbeiten.

**3.2 Verarbeitung aufgrund eines berechtigten Interesses**

Daneben verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit dies zur Wahrung der berechtigten Interessen unsererseits oder eines Dritten notwendig ist (Artikel 6 Abs.1 lit. f DSGVO). Zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses haben wir ein berechtigtes Interesse zur Verarbeitung der Daten, um z.B. Bewilligungsverfahren durchzuführen und Forderungen eintreiben zu können, auch im Rahmen von Beauftragungen von Inkassounternehmen.

**3.3 Verarbeitung aufgrund gesetzlicher Vorgaben**

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten, soweit dies zur Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten notwendig ist und dies zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen erforderlich ist (Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Zur Erbringung spezieller Leistungen setzen wir Auftragsverarbeiter ein. Die Weitergabe Ihrer Daten an diese erfolgt unter strikter Einhaltung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit sowie der Voraussetzungen der DSGVO. Die von uns beauftragten Auftragsverarbeiter, welche die Daten nur für uns und nicht für eigene Zwecke verarbeiten dürfen, sind verpflichtet, die Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung einzuhalten. Die Verantwortung für die Datenverarbeitung verbleibt in diesen Fällen weiterhin bei uns.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ihre behandelnden Ärzte, Krankenkassen sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt in erster Linie zum Zwecke der Kostenübernahme der beantragten Leistungen.

Die erhobenen Daten löschen wir nachdem der Zweck für deren Speicherung weggefallen ist oder schränken die Verarbeitung ein, soweit gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Viele personenbezogenen Daten sind steuerrelevant und werden daher grundsätzlich gemäß den handels- und steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen aus § 147 AO und § 257 HGB zehn Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Rechnung gestellt bzw. die Buchung vorgenommen wurde, aufbewahrt. Vorschriften aus dem Medizinproduktegesetz, der Medizinprodukteverordnung sowie der Medizinprodukteherichtlinie können ggf. auch eine längere Speicherung von Daten erforderlich machen.

Werden meine Daten weitergegeben?

4

Wie lange werden meine Daten gespeichert?

5

Ihre Rechte

6



# Ihre Bestellwege



## BRIEF

Senden Sie uns das Bestellformular kostenlos im beiliegenden Rückumschlag zu oder nutzen Sie den Rücksendebogen auf der Rückseite.



## ELEKTRONISCH

Senden Sie uns die 2 Seiten des ausgefüllten Bestellformulars eingescannt per E-Mail an die [info@saniset.de](mailto:info@saniset.de)



## PERSÖNLICH

Geben Sie das Bestellformular Ihrem persönlichen Außendienstbetreuer der **Orbisana Healthcare**.

Bei Fragen können Sie sich telefonisch unter der Nummer **+49 (0)2241 9322-0** melden.



## SCHRITT 1

Antrag prüfen und unterschreiben.



## SCHRITT 2

Ausgefüllten Antrag in beiliegenden Rückumschlag legen oder Rücksendebogen ausschneiden und auf Briefumschlag kleben.



## SCHRITT 3

Rückumschlag verschicken.



Absender:

---

---

---

---

Entgelt  
zahlt  
Empfänger

**EiligeOrder!**

Deutsche Post   
**ANTWORT**

Saniset eine Marke der  
**Orbisana Healthcare GmbH**  
Abteilung: Pflegehilfsmittel  
Biberweg 24-26  
53842 Troisdorf

41529/Version 2025-03-18

 **Saniset**

Nutzen Sie zur kostenlosen Rücksendung Ihres Antrags den beigelegten Rückumschlag oder den unten stehenden Rücksendebogen zum Ausschneiden und Aufkleben.



41492/Version 2025-03-18