unizell

PFLEGEHILFSMITTEL VON UNIZELL

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI und §127 SGB V

#2455

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

☐ Frau ☐ Herr Vorname	Nachname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geb.-Datum	Pflegegrad vorhanden ☐ ja ☐ nein
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

Versicherungsart: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Sozialamt/Ortsamt

Ich beantrage die Kostenübernahme

☐ **für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

zum Verbrauch bestimme Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittel-positions-Nr.	Rechen-größe	Lieferinhalt	Faktor	Erläuterung
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	30 Stück		**Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen!** Zum Beispiel *Bettschutz Einmalgebrauch* Faktor 30 = 1 x 30 Stk. Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw.
Fingerlinge - Größe: ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
Einmalhandschuhe - Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.1001	1 Stück	100 Stück		
Medizinischer Mundschutz, 3-lagig	54.99.01.2001	1 Stück	50 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5 Stück		
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		
Einmalschutzserviette, 37 x 66 cm	54.99.01.4001	1 Stück	50 Stück		
Händedesinfektionsmittel:	54.99.02.0001	100 ml	500 ml		Bei 500 ml bitte Faktor 5 und bei 1000 ml bitte Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel:	54.99.02.0002	100 ml	500 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	20 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60 Stück		

☐ **für saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51))**

unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar/waschbar, 85 x 90 cm / 2 x 45 cm	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: unizell Medicare GmbH, Pohnsdorfer Str. 3, 23611 Bad Schwartau, IK-Nr. 330100900

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 ☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat) ☐ Beratung in der Häuslichkeit

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

Datum: _____ 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. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

QR Code scannen, ausgefüllten Antrag abfotografieren und uns direkt schicken!

Hier unterschreiben

X _____

Ort/Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten, gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- ☐ **PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI**
- ☐ **PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI**
- ☐ **PG 51 mit Zuzahlung**
- ☐ **PG 51 ohne Zuzahlung**
- ☐ **PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter**
- ☐ **PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter**

Datum _____

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____

Leistungserbringer mit IK-Nr.:

unizell Medicare GmbH
Pohnsdorfer Straße 3
23611 Bad Schwartau
IK-NR.: 330100900

unizell

Ablehnung der persönlichen Beratung (wenn keine Beratung gewünscht ist)

unizell PFLEGEHILFSMITTEL VON UNIZELL

Hier die Daten der **pflegebedürftigen Person** angeben, um eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten:

☐ Frau ☐ Herr Vorname Nachname

Geb.-Datum Versicherten-Nr.

Sie haben Anspruch auf eine persönliche Beratung rund um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch. Sollten Sie keine Beratung wünschen, bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie freiwillig auf die Beratung verzichten. Nach der Genehmigung werden Sie direkt mit den benötigten Pflegehilfsmitteln versorgt.

Ich bestätige, dass ich ausreichend über die Produkte, deren Anwendung und den Zweck der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch informiert bin und auf eine zusätzliche Beratung verzichte.

Ort/Datum

X Hier unterschreiben

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten, gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Bestellung Pflegehilfsmittel

Per Fax an:

0451 / 39 89 0 - 1823

☐ Frau ☐ Herr

Vorname | Nachname

Geburtsdatum | Telefonnummer Kunde

Kundennummer Kunde | Kundennummer Pflegedienst

Hiermit bestellen wir für den oben aufgeführten Kunden die nachstehenden Produkte im Rahmen der Pflegehilfsmittelversorgung. Wir versichern, dass der oben aufgeführte Pflegedienst berechtigt ist, Bestellungen im Namen des aufgeführten Kunden zu tätigen. Bestellungen über € 40,- werden dem Kunden direkt in Rechnung gestellt.

Art.-Nr.	Bezeichnung	Bestelleinheit	Preis	Bestellmenge
22020B / 22030B / 22040b / 22050B	**Handschuhe ☐S ☐M ☐L ☐XL**	Packung à 100 Stück	**9,52 €**	
65671PHG	**Händedesinfektion**	Flasche 500 ml	**7,14 €**	
75668PHG	**Händedesinfektionstücher**	Packung à 20 Stück	**4,28 €**	
06803	**Schutzschürze, Einmalgebrauch**	Packung à 100 Stück	**15,47 €**	
90120SCH	**Schutzschürze, Wiederverwendbar**	1 Stück	**24,99 €**	
214631P	**Einmalschutzlätzchen**	Packung à 50 Stück	**7,74 €**	
10344870-01	**Mundschutz**	Box à 50 Stück	**8,33 €**	
FFP2NR/5	**FFP2**	5 Stück	**3,87 €**	
75720PHG	**FORMADES DR plus, Desinfektionsreiniger + Sprühkopf**	Flasche 500 ml	**6,78 €**	
65709PHG	**Flächendesinfektion**	Flasche 500 ml	**6,78 €**	
75703PHG	**FORMADES Rapid FD Wipes**	Packung à 60 Stück	**7,14 €**	
114118P	**Bettschutzeinlage 60 x 90 cm**	30 Stück	**14,64 €**	
01035-3 / 01035-4 / 01035-5	**Fingerlinge ☐M ☐L ☐XL**	Packung à 100 Stück	**5,95 €**	

Ort/Datum | Unterschrift Besteller

unizell

Ausfüllhilfe für den Antrag auf Kostenübernahme

unizell **PFLEGEHILFSMITTEL VON UNIZELL**

Für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch ist es erforderlich, dass Sie **den Antrag auf Kostenübernahme vollständig ausfüllen, unterschreiben und uns zurücksenden**. Wir leiten ihn für Sie an Ihre Pflegekasse weiter. In dieser Anleitung zeigen wir Ihnen Schritt für Schritt, wie Sie den Antrag richtig ausfüllen.

Pflegekasse (=Krankenkasse) und Versicherungsart der pflegebedürftigen Person

Geburtsdatum, Telefon, Straße und Hausnummer der pflegebedürftigen Person

Anrede, Vor- und Nachname der pflegebedürftigen Person

Postleitzahl und Wohnort der pflegebedürftigen Person

Hat die pflegebedürftige Person einen Pflegegrad

E-Mail und Versicherten-Nr. (siehe Gesundheitskarte) der pflegebedürftigen Person

Achtung: Ankreuzen, um Pflegehilfsmittel zu beantragen

Hinweis: unizell Medicare GmbH liefert nur bis zum monatlichen Höchstbetrag von **42,- €**. Mit unserem Service entstehen Ihnen keine Kosten.

Bei Bedarf:
Größe bei Fingerlinge/ Handschuhe ankreuzen und eventuell vorhandene Allergien auf dem Formular „**Ihre Daten**“ angeben.

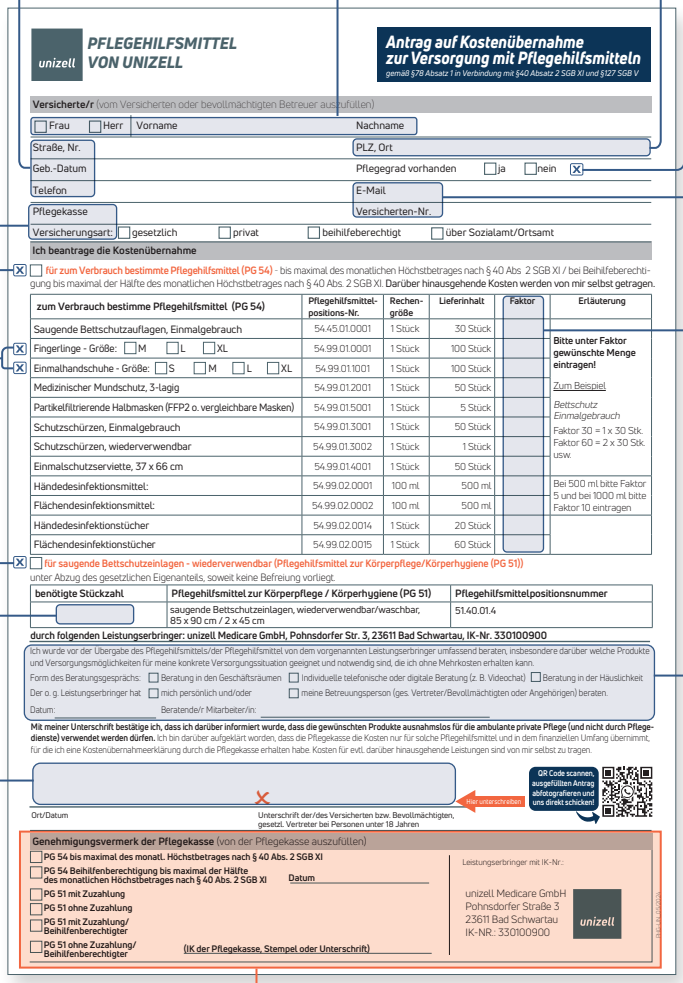
Achtung:
Ankreuzen, wenn Sie waschbare Bettschutzeinlagen beantragen wollen

Hinweis:
Dieser Artikel zählt nicht zu den Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch und belastet den monatlichen Betrag von **42 €** daher nicht.

Bei unizell Medicare GmbH erhalten Sie die waschbare Bettschutzeinlagen 100% kostenfrei.

Um die zusätzlichen Bettschutzeinlagen zu beantragen, Anzahl der benötigten Menge pro Jahr eintragen (max. 4 Stück).

Ort, aktuelles Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person, der bevollmächtigten Person oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen unter 18 Jahren



unizell **PFLEGEHILFSMITTEL VON UNIZELL**

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI und §127 SGB V

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

☐ Frau ☐ Herr | Vorname | Nachname

Straße, Nr. | PLZ, Ort

Geb.-Datum | Pflegegrad vorhanden ☐ ja ☐ nein ☒

Telefon | E-Mail

Pflegekasse | Versicherten-Nr.

Versicherungsart: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Sozialamt/Ortsamt

Ich beantrage die Kostenübernahme

☒ ☐ für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimme Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittel-positions-Nr.	Rechen-größe	Lieferinhalt	Faktor	Erläuterung
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	30 Stück		
☒ Fingerlinge - Größe: ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen!
☒ Einmalhandschuhe - Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.1001	1 Stück	100 Stück		Zum Beispiel Bettschutz Einmalgebrauch Faktor 30 = 1 x 30 Stk. Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw.
Medizinischer Mundschutz, 3-lagig	54.99.01.2001	1 Stück	50 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5 Stück		
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		
Einmalschutzserviette, 37 x 66 cm	54.99.01.4001	1 Stück	50 Stück		
Händedesinfektionsmittel:	54.99.02.0001	100 ml	500 ml		Bei 500 ml bitte Faktor 5 und bei 1000 ml bitte Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel:	54.99.02.0002	100 ml	500 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	20 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60 Stück		

☒ ☐ für saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51))
unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar/waschbar, 85 x 90 cm / 2 x 45 cm	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: unizell Medicare GmbH, Pohnsdorfer Str. 3, 23611 Bad Schwartau, IK-Nr. 330100900

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 Beratungsgespräches: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen ☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat) ☐ Beratung in der Häuslichkeit

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

Datum: | 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. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Hier unterschreiben

QR Code scannen, ausgefüllten Antrag abfotografieren und uns direkt schicken!

Ort/Datum | Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten, gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

☐ PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
☐ PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI Datum
☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Leistungserbringer mit IK-Nr.:

unizell Medicare GmbH
Pohnsdorfer Straße 3
23611 Bad Schwartau
IK-NR.: 330100900

unizell

Diesen Bereich bitte frei lassen, den füllt die Pflegekasse aus.

Bei „**Faktor**“ notieren Sie für jedes Produkt, das in Ihrem Pflegehilfsmittelpaket von unizell enthalten sein soll, die benötigte Menge pro Monat. In der telefonischen Beratung helfen wir Ihnen gern, die bedarfsgerechte Menge zu ermitteln.

Beispiel:
Einmalhandschuh
Faktor 100 = 1 x 100 Stk.
Faktor 200 = 2 x 100 Stk.
usw.

Desinfektionsmittel
Faktor 5 = 5 x 100 ml = 500 ml
Faktor 10 = 10 x 100 ml = 1000 ml

Hinweis:
Wenn sich Ihr Bedarf an Pflegehilfsmitteln verändern sollte, können Sie die Zusammenstellung Ihrer Pflegehilfsmittel von unizell jederzeit entsprechend anpassen.

Beratungsdokumentation

Füllen Sie diesen Bereich nur aus, wenn Sie ein Beratungsgespräch mit uns geführt haben und geben an:

- in welcher Form das Gespräch stattgefunden hat
- wer beraten wurde
- Datum des Beratungsgespräches
- Name des Beraters

Wichtig: Wenn Sie **kein Beratungsgespräch** benötigen/wünschen, dann lassen Sie diesen Bereich komplett frei. **Füllen Sie dann bitte das Formular „Ablehnung der persönlichen Beratung“ aus!**

Preisliste

Produkte mit wirtschaftlicher Aufzahlung

MITGLIED IM FÖRDERKREIS
Deutsche Kontinenz Gesellschaft

unizell

Zertifiziert ISO13485

Einlagen für Damen



CE MD

forma-care WOMAN PREMIUM DRY				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
4031	mini plus	28 x 10	320	57,60 €
4041	normal	28 x 10,5	240	48,00 €
4046	extra	35 x 12	240	52,80 €
4048	extra plus	38 x 12	200	50,00 €
4051	super	41 x 20	160	49,60 €
4056	maxi	40,3 x 14	200	54,00 €



CE MD

TENA EINLAGEN FÜR FRAUEN				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
760364	Lady discreet Mini	21,9 x 3,9	180	28,80 €
760384	Lady Discreet Mini Plus	25,1 x 5	120	30,00 €
760752	Lady Normal	27 x 10	180	55,80 €



CE MD

TENA EINLAGEN+ FÜR FRAUEN				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
760696	Lady Discreet Extra	31,2 x 11	240	93,60 €
761662	Lady Discreet Extra Plus	33,8 x 13	96	43,20 €
760979	Lady Discreet Maxi	38 x 13	144	70,56 €
760921	Lady Discreet Maxi Night	39,4 x 14,6	72	41,04 €



CE MD

VLIESVORLAGEN OHNE WÄSCHESCHUTZ				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
59361100280	Rechteckvorlage	11 x 36	112	21,28 €

Große anatomische Vorlagen



CE MD

forma-care FORM PREMIUM				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
1035-01	Dry midi	55 x 30	100	31,00 €
1040-02	Elite plus	60 x 32	100	33,00 €
1045-02	Elite super	68 x 38	100	40,00 €
1050-02	Elite extra	68 x 38	100	46,00 €
1055-02	Elite x-plus	68 x 38	80	39,20 €



CE MD

TENA PROSKIN COMFORT				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
752742	normal	53 x 29	126	37,80 €
752846	plus	64 x 35	92	33,12 €
753040	extra	64 x 36	80	31,20 €
758136	super	70 x 35	72	33,84 €
758007	maxi	64 x 40	68	44,20 €

Fixierhosen für große anatomische Vorlagen



CE MD

TENA FIX				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Beutel (Stück)**	**Preis**
754023	S	60 - 75	5	5,94 €
754024	M	70 - 100	5	6,33 €
754025	L	85 - 110	5	6,84 €
754026	XL	100 - 140	5	7,62 €
754027	XXL	120 - 160	5	8,40 €
754047	XXXL	130 - 180	5	9,17 €
754068	5 XL	160 - 230	5	8,34 €

Preisliste

Produkte mit wirtschaftlicher Aufzahlung

MITGLIED IM FÖRDERKREIS
Deutsche Kontinenz Gesellschaft

unizell

Zertifiziert ISO13485

Inkontinenzslips mit seitlichen Klebestreifen



CE MD

forma-care SLIP PREMIUM				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
1555-02	Elite S Tag	55 - 85	80	35,20 €
1065-02	Elite M Tag	80 - 120	80	36,80 €
1070-02	Elite L Tag	110 - 160	80	43,20 €
1124-02	Elite XL Tag	155 - 180	80	57,60 €
1562-02	Elite M Nacht	80 - 120	80	40,00 €
1567-02	Elite L Nacht	110 - 160	80	50,40 €
1556-01	Dry S Nacht	55 - 80	100	46,00 €
1563-01	Dry M extra Nacht	75 - 110	54	34,02 €
1568-01	Dry L extra Nacht	110 - 150	48	34,56 €
1125-01	Dry XL Nacht	110 - 170	48	37,44 €

Bariatrischer SLIP				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
5630575150	iD Slip Super XXL bariatric	175 - 210	60	111,60 €
61391	Bariatric Super XXXL	175 - 244	32	64,96 €



CE MD

TENA PROSKIN SLIP				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
710473	Plus XS	49 - 74	90	45,90 €
710530	Plus S	56 - 85	90	43,20 €
710630	Plus M	73 - 122	90	45,00 €
710730	Plus L	92 - 144	90	56,70 €
711130	Super S	56 - 85	90	48,60 €
711228	Super M	73 - 122	84	53,76 €
711428	Super L	92 - 144	84	64,68 €
712143	Super XL	120 - 160	84	86,52 €
710824	Maxi S	56 - 85	72	55,44 €
710924	Maxi M	73 - 122	72	70,56 €
711024	Maxi L	92 - 144	72	75,60 €

Gesamtsortiment für Herren

CE MD

forma-care man ACTIVE				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
3010	Level 2	23 x 29	216	34,56 €
3015	Level 3	23 x 29	216	41,04 €



CE MD

TENA MEN				
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
750403	Active Fit Level 0	18 x 15	112	38,08 €
750651	Active Fit Level 1	19,8 x 23	144	44,64 €
750776	Active Fit Level 2	27 x 23,3	120	46,80 €
750830	Active Fit Level 3	27 x 22,8	96	48,00 €



CE MD

TENA MEN PREMIUM FIT PANTS				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
798308	S/M	75 - 100	48	58,56 €
798306	L/XL	95 - 125	40	50,80 €



CE MD

TENA MEN ACTIVE FIT PANTS				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
772512	S/M	75 - 105	48	48,00 €
772610	L/XL	95 - 130	40	47,60 €

Preisliste

Produkte mit wirtschaftlicher Aufzahlung

MITGLIED IM FÖRDERKREIS
Deutsche Kontinenz Gesellschaft

unizell

Zertifiziert ISO13485

Pants



CE MD

forma-care PANTS PREMIUM DRY				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
2070-10	XS	45 - 70	80	55,20 €
2071-10	S	60 - 90	80	76,00 €
2074-10	M	80 - 120	80	55,20 €
2075-10	M Nacht	80 - 120	80	72,00 €
2077-10	L	100 - 145	80	55,20 €
2078-10	L Nacht	100 - 145	80	72,00 €
2079-10	XL	130 - 170	80	55,20 €
2080-10	XXL	> 160	80	85,60 €



forma-care PANTS comfort				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
8071-12	S	60 - 90	72	43,92 €
8074-12	M	80 - 120	72	43,92 €
8075-12	M Nacht	80 - 120	72	56,88 €
8077-12	L	100 - 145	72	43,92 €
8078-12	L Nacht	100 - 145	72	56,88 €
8079-12	XL	130 - 170	72	43,92 €



CE MD

TENA SILHOUETTE PANTS Plus				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
780102	White M	75 - 100	24	22,56 €
780122	White L	95 - 130	20	21,40 €
780202	Black M	75 - 100	24	25,44 €
780222	Black L	95 - 130	20	24,00 €
780302	Crème M	75 - 105	18	19,62 €
780322	Crème L	95 - 130	16	19,52 €



CE MD

TENA PANTS				
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**	**Preis**
791552	Protection Normal M	78 - 100	60	33,00 €
791652	Protection Normal L	100 - 135	60	34,20 €
792753	Protection Regular L	100 - 135	60	53,40 €
791416-01	Proskin Normal S	65 - 85	60	45,60 €
791529	Proskin Normal M	80 - 110	72	54,72 €
791629	Proskin Normal L	100 - 135	72	54,72 €
791637-01	Proskin Normal XL	120 - 160	90	68,40 €
792342	Proskin Plus XS	50 - 70	56	66,08 €
792491	Proskin Plus S	65 - 85	56	52,64 €
792591	Proskin Plus M	80 - 110	56	54,88 €
792691	Proskin Plus L	100 - 135	56	64,96 €
792791	Proskin Plus XL	120 - 160	48	60,96 €
793415	Proskin Super S	65 - 85	48	56,16 €
793523	Proskin Super M	80 - 110	48	57,12 €
793617	Proskin Super L	100 - 135	48	58,56 €
793715	Proskin Super XL	120-160	48	71,04 €
794514	Proskin Maxi M	80 - 110	40	55,20 €
794625	Proskin Maxi L	100 - 135	40	58,00 €

Preisliste

Produkte ohne wirtschaftlicher Aufzahlung

MITGLIED IM FÖRDERKREIS
Deutsche Kontinenz Gesellschaft

unizell

Zertifiziert ISO13485

Einlagen



forma-care WOMAN			
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**
4040-02	normal	27 x 14	160
4045-02	extra	34 x 16	160
4050-02	super	39 x 16	160

Einlagen für Herren



forma-care man ACTIVE			
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**
3005	Level 1	26 x 18	216

Große anatomische Vorlagen



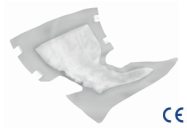
easy form			
Art.nr.	**Größe**	**Länge x Breite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**
3035-02	normal	55 x 32	100
3040-02	plus	55 x 32	100
3045-02	super	60 x 32	100
3050-02	extra	68 x 38	100
3055-02	extra plus	68 x 38	100

Fixierhose



NETZHOSE COMFORT LINE			
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**
08-580005	small	40 - 90	5
08-580105	medium	80 - 120	5
08-580205	large	100 - 140	5
08-580305	x-large	120 - 160	5
08-580405	xx-large	140 - 180	5
08-580505	xxx-large	> 180	5

Inkontinenzslips mit seitlichen Klebestreifen



easy slip			
Art.nr.	**Größe**	**Bundweite (cm)**	**Abgabemenge (Stück)**
3155-02	small	55 - 80	100
3065-02	medium	75 - 110	100
3592-02	medium Nacht	75 - 110	100
3070-02	large	110 - 150	100
3597-02	large Nacht	110 - 150	100
3124-02	x-large	150 - 170	60