

## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau Herr

Vorname:

Name:

## Angehörige(r)/Pflegeperson – bitte wichtigste private Pflegeperson/Betreuer(in) eintragen (falls zutreffend)

Frau Herr

Vorname:

Name:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

## Ambulanter Pflegedienst – bitte ausfüllen (falls zutreffend)

Name des Pflegedienstes:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

## Lieferadresse – bitte unbedingt ankreuzen

Die Pflegehilfsbox wird an folgenden Adressaten geliefert:

Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)

Pflegeperson/Betreuung

Pflegedienst

Hiermit beauftrage ich die Pflegehilfsbox GmbH mit der monatlichen Lieferung nachstehend ausgewählter Pflegehilfsmittel gemäß § 78 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI.

## Pflegehilfsbox (Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 54) – bitte gewünschtes Paket ankreuzen

\*Einmalgebrauch

Größe der Einmalhandschuhe:

S

M

L

XL

Wiederverwendbare Bettschutzeinlage (Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 51)

## PFLEGEHILFSBOX 1



200 x Handschuhe  
25 x Bettschutzeinlagen \*  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

## PFLEGEHILFSBOX 2



100 x Handschuhe  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion  
50 x Mundschutz  
100 x Schutzschürzen

## PFLEGEHILFSBOX 3



100 x Handschuhe  
50 x Bettschutzeinlagen \*  
500 ml Händedesinfektion

## PFLEGEHILFSBOX 4



300 x Handschuhe  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion  
50 x Mundschutz

## PFLEGEHILFSBOX 5



100 x Handschuhe  
75 x Bettschutzeinlagen \*

## PFLEGEHILFSBOX 6



75 x Bettschutzeinlagen \*  
500 ml Händedesinfektion

## Unterschrift

Die Auswahl der Pflegehilfsbox kann jeden Monat neu durch mich getroffen werden. Hierfür melde ich meinen Änderungswunsch einfach zwei Wochen vor dem nächsten regulären Liefertermin der Pflegehilfsbox GmbH. Die Lieferung der kostenlosen Pflegehilfsboxen erfolgt innerhalb des von der Pflegekasse bewilligten Zeitraums. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Pflegehilfsbox GmbH die Lieferung beenden. Die angegebene Pflegeperson bzw. der angegebene Pflegedienst ist zur Entgegennahme meiner Pflegehilfsbox berechtigt.

Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

# ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau		Herr	
Vorname:		Name:	
Geb.-Datum:			
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:	
Pflegegrad:	1	2	3
		4	5

## Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (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.

Zutreffendes ankreuzen	Artikel der Produktgruppe 54	Pflegehilfsmittelpositionsnummer **
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen *	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen *	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Anzahl	Artikel der Produktgruppe 51	Pflegehilfsmittelpositionsnummer **
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar –	51.40.01.4

\* Einmalgebrauch

\*\* nur für die Pflegekasse relevant

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Name: Pflegehilfsbox GmbH	Institutionskennzeichen: 330107235
Straße/Nr.: Rathausstrasse 2	PLZ/Ort: 23909 Ratzeburg

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 des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

## Genehmigungsvermerk (von der Pflegekasse auszufüllen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages   | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung                      | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung                      |
| <input type="radio"/> PG 54 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter bis maximal Hälfte des monatlichen Höchstbetrages | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum	IK* der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift
	* Institutionskennzeichen