


# AUSFÜLLHILFE

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

1

### AUSWAHL PFLEGEBOX

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten



PFLEGEBOX  
www.pflegebox.de

---

**Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen** Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

(Nur für Rückfragen, Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)

Pflegegrad: (Bitte dringend angeben!)  1  2  3  4  5  Ich habe keinen Pflegegrad

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

\*Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten der PflegeBox bei Ihrer Pflegekasse selbst.

Versicherte(r) bezieht:  Pflegeschleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet)

Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht)

Kombinationleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)

Angaben des Patienten zu Art der Versicherungsleistung durch die Pflegekasse.

---

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

Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt:  ja  nein

Existiert eine gesetzlich bevollmächtigte Betreuung, bitte „ja“ ankreuzen.

---

**Pflegedienst, wenn vorhanden** Nennen Sie uns bitte den betreuenden Pflegedienst (freiwillige Angabe)

Name Pflegedienst: \_\_\_\_\_







Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des betreuenden Pflegedienstes. (wenn vorhanden)

---

**Auswahl PflegeBox** Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte PflegeBox an

<input type="checkbox"/>  25 Bettstutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzhürzen (kurz)	<input type="checkbox"/>  100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzhürzen (lang)	<input type="checkbox"/>  50 Bettstutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion
<input type="checkbox"/>  75 Bettstutzeinlagen 100 Schutzhürzen (kurz)	<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzhürzen (kurz)	<input type="checkbox"/>  50 Bettstutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe  S  M  L  XL

Finden Sie keine passende PflegeBox? Kontaktieren Sie uns und wir stellen Ihnen Ihre individuelle PflegeBox zusammen!

Gewünschte PflegeBox bitte ankreuzen.

---

**Lieferung/Lieferadresse**

Die monatliche Lieferung der PflegeBox soll bitte erfolgen:

an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)  an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson  an den Pflegedienst

Gewünschte Liefervariante bitte angeben.

---

**Rechnungsempfänger**

Pflegeperson ist privat versichert und/oder beihilfeberechtigt. Die Rechnung soll bitte gestellt werden an:

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)  die/den Angehörige(n)/Pflegeperson

Rechnungsempfänger

---

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen

per Post  per E-Mail  per Telefon erhalten (bitte ankreuzen)

**X** \_\_\_\_\_


Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Bitte Unterschrift nicht vergessen.

HINWEIS: Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungsbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.

Mit Ankreuzen vorstehender Kästchen und meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post / E-Mail und/ oder Telefon durch die CommaMed GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und die Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen.

---



Bitte füllen Sie den Antrag aus, damit die Kosten für Ihre PflegeBox von der Pflegekasse übernommen werden können.

# AUSFÜLLHILFE

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

### 2 ANTRAG 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)

\*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:*	
Geb.-Datum:*		Versicherten-Nr.:	
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionnummer
Saugende Bettschutzeinlagen <small>mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)</small>	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge <small>puderfrei</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <small>puderfrei</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz <small>Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen <small>wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen <small>wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel <small>keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel <small>keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionnummer
Saugende Bettschutzeinlage <small>wasch- und wiederverwendbar</small>	1	51.40.01.4 ---

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: CommitMed GmbH / PflegeBox Joachimsthaler Str. 31 – 32, D-10719 Berlin	Institutionskennzeichen: IK 331105769
--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

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.

X

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

Datum \_\_\_\_\_ IK-Nr. der Pflegekasse \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

Angaben zu Stammdaten des Pflegebedürftigen.

Bitte unbedingt Angaben zu Pflegekasse und Versichertennummer machen.

Auswahl von mind. allen Produkten der gewünschten PflegeBox.

Zusätzlich können auch Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung beantragt werden.

Bitte Unterschrift nicht vergessen.

Bitte nicht beschriften. Wird von der Pflegekasse ausgefüllt.