

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
	Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)	E-Mail:
Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38		

2 Angehörige(r)/Pflegeperson

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

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3 Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung

WASCHBARE BETTSCHUTZEINLAGEN

- 85 x 90 cm, blau, Polyester/Viskose-Gemisch
- Laminat-Technologie und hervorragender Komfort
- Extrem hohes Saugvermögen – Saugstärke 2500 ml
- Weiche und hautfreundliche Oberfläche
- Garantiert optimalen Liegekomfort
- Seitliche Einschlagflügel dienen zur besseren Fixierung an der Matratze
- Die Bettschutzeinlagen können mehr als 300 Mal gewaschen werden



Abhängig von den Leistungen Ihrer Pflegekasse erhalten Sie 2 – 3 Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung.

4 Lieferadresse

<input type="checkbox"/> an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson	<input type="checkbox"/> an den Pflegedienst
ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!		

5 Pflegedienst, wenn vorhanden

Nennen Sie uns bitte den betreuenden Pflegedienst (freiwillige Angabe)

Name Pflegedienst:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

6 Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

<input type="checkbox"/> Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson
---	---

- Ich habe die Datenschutzerklärung (www.pflegebox.de/datenschutz) sowie die AGB (www.pflegebox.de/agb) der CommitMed GmbH zur Kenntnis genommen und stimme zu, dass die angegebenen Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für den Bestell- bzw. Versorgungsvorgang verwendet werden.

- Ich habe Interesse an weiteren Produkten und Dienstleistungen der PflegeBox und gestatte der CommitMed GmbH als Betreiberin meine oben genannten personenbezogenen Daten auch dafür zu verwenden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an: info@commitmed.de widerrufen.

X

Unterschrift Versicherte(r)

und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

HINWEIS:

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer 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.



1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum: * (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

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

2 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.

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittelpositionennummer
3	Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 _ _ _

3 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.

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- 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

Bitte ausfüllen, wenn die Lieferadresse von der des Pflegebedürftigen abweicht.

VOLLMACHT

ZUR UNTERZEICHNUNG VON LIEFERBESCHEINIGUNGEN

Vollmachtgeber

Name

Anschrift

Pflegekasse Versicherungs-Nr.

Vollmachtnehmer

Name

Anschrift

Hiermit erteile ich Vollmacht, die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Datum Unterschrift

Bitte hier falten

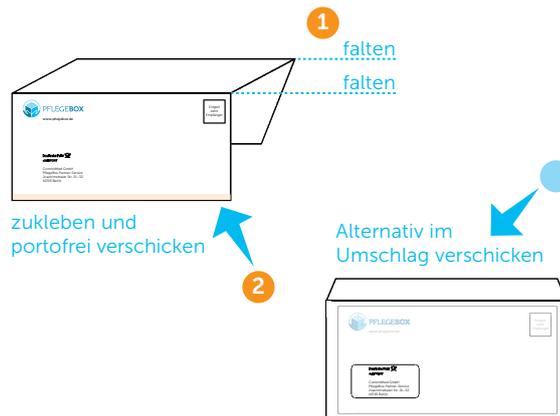
Nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben.

Bringen Sie den Klebestreifen auf der orange schraffierten Fläche an und legen Sie ihn um die Kante, damit Ihre Daten sicher bei uns ankommen.

IHR RÜCKUMSCHLAG

SO KOMMEN IHRE DOKUMENTE AM SCHNELLSTEN ZU UNS

- 1 Falten Sie dieses Blatt entlang der gestrichelten Linien. Möchten Sie uns mehrere Seiten senden, legen Sie diese einfach mit ein.
 - 2 Nun kleben Sie die gefalteten Blätter an der orange schraffierten Fläche mit einem Klebestreifen zu – fertig ist der Rückumschlag, den Sie nun portofrei an uns zurücksenden können.
- Alternativ können Sie den Antrag auch in einem frankierten Umschlag an uns versenden.



Bitte hier falten



PFLEGEBOX

www.pflegebox.de

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post **ANTWORT**

CommitMed GmbH
PflegeBox Kundenservice
Joachimsthaler Str. 31–32
10719 Berlin