

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

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

2 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		

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

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

☐ Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)	☐ Angehörige(r)/Pflegeperson
---	---

7

- ☐ 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.



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.



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

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ 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
☐	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
☐	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
☐	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
☐	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
☐	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
☐	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/Beihilfeberechtigte(r) | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(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

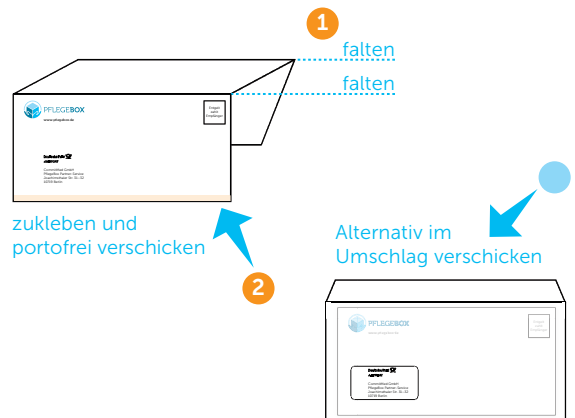
Nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben.

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