

## 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



## 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 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
---	---

## 7

Ich habe die AGB ([www.pflegebox.de/agb](http://www.pflegebox.de/agb)) zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die proSenio GmbH, Salzufer 11, 10587 Berlin, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsthemen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an [datenschutz@prosenio.com](mailto:datenschutz@prosenio.com) oder per Post an proSenio GmbH, Salzufer 11, 10587 Berlin widerrufen.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die proSenio GmbH können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter [www.pflegebox.de/datenschutz](http://www.pflegebox.de/datenschutz) abrufbar sind.

**X** Unterschrift Versicherte(r)

**X** 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.

0917.001.040

Bestellformular Bettschutzeinlagen

Stand 08/2022



# 2 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegemittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

## 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:*		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*

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

Für die Pflegekasse

## 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	<b>Saugende Bettschutzeinlage</b> wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 _ _ _

## 3 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: proSenio GmbH/PflegeBox Salzufer 11, 10587 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 \_\_\_\_\_

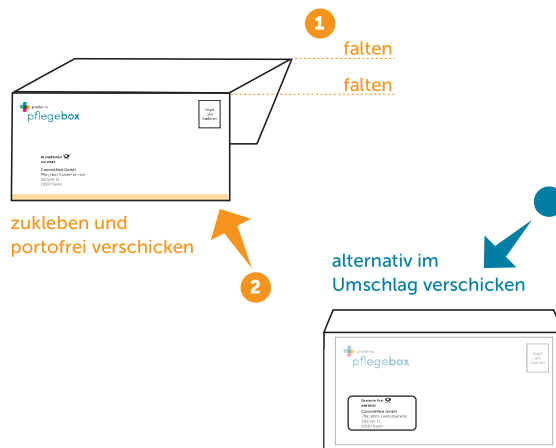
Unterschrift \_\_\_\_\_

nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben

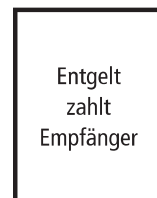
Bringen Sie den Klebestreifen auf der orange gefärbten Fläche an und legen Sie ihn um die Kante, damit Ihre Daten sicher bei uns ankommen.

## 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



Deutsche Post   
ANTWORT

proSenio GmbH  
Pflegebox Kundenservice  
Salzufer 11  
10587 Berlin