proSenio pflegebox

IHR INFOPAKET

Herzlich Willkommen bei der Pflegebox

proSenio GmbH
Pflegebox

Salzufer 11
10587 Berlin

T: 030 - 863 235 450
F: 030 - 609 841 399
E: post@pflegebox.de

www.pflegebox.de

Sehr geehrte/r Interessent/in,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem **Pflegebox-Infopaket** mit dem wir Ihnen den Einstieg in den Pflegealltag erleichtern möchten. Verschaffen Sie sich eine kompakte Übersicht zu den **wichtigsten ersten Schritten,** damit sowohl die Hygiene als auch Ihre Selbstständigkeit erhalten bleibt.

Was befindet sich in Ihrem Infopaket?

- ✔ Eine CHECKLISTE, die Ihnen die ersten Schritte im Pflegefall aufzeigt
- ✔ Eine ÜBERSICHT zu unseren Pflegehilfsmitteln und Bettschutzeinlagen
- ✔ Die Einweisung zur fachgerechten Nutzung der PFLEGEHILFSMITTEL
- ✔ Vorgefertigte ANTRÄGE auf Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- ✔ Eine VOLLMACHT zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen

Sollten Sie sich für den Service der **Pflegebox** entscheiden, füllen Sie einfach den **beiliegenden Antrag** sowie falls nötig die Abtretungserklärung und die Wechselerklärung aus. Vergessen Sie nicht alle Anträge zu unterschreiben und schicken Sie diese **portofrei** mit dem beiliegendem Rückumschlag an uns zurück.

zuzahlungsfreie
Pflegehilfsmittel

Sie benötigen weitere Informationen oder haben Fragen

Wir stehen Ihnen gerne zur Seite und helfen Ihnen. Sie erreichen uns von **Montag bis Freitag** in der Zeit von 8-18 Uhr telefonisch unter **030 - 863 235 450** oder per E-Mail: **post@pflegebox.de**

Wir würden uns freuen, Sie zukünftig monatlich mit einer **Pflegebox** beliefern zu dürfen und Ihnen damit die Pflege zu erleichtern!

waschbare
Bettschutzeinlagen

Mit freundlichen Grüßen

Ihr PflegeBox-Team

Unser **Pflegebox-Team** ist
Mo.-Fr. 8-18 Uhr
für Sie erreichbar:

030 - 863 235 450

proSenio GmbH
Sitz der Gesellschaft: Augsburg | Registergericht Augsburg, HRB 24258 | USt-Id-Nr: DE 265213524
Geschäftsführung: Christian Graggaber (CEO), Benjamin Neumann, Hans Nehlsen
UnitCredit Bank – HypoVereinsbank | BIC: HYVEDEMM488 | IBAN: DE 3210 0208 9000 3550 3617

proSenio
pflegebox
www.pflegebox.de

Pflegehilfsmittel
für pflegende Angehörige

In nur drei Schritten zu Ihrer Pflegebox

1. **Auf dem Bestellformular unter Punkt 3 „Auswahl Pflegebox" kreuzen Sie das gewünschte Produktsortiment an.**
   Wählen Sie einfach aus, welche Produkte Sie monatlich bekommen möchten.
   Sie können natürlich auch jeden Monat die Pflegebox wechseln.
   Ein kurzer Anruf, eine E-Mail oder ein Brief an uns genügt.
2. **Bitte füllen Sie den „Antrag auf Kostenübernahme" auf der Rückseite aus,** den wir zur Erstattung bei der jeweiligen Kasse für Sie einreichen. Kreuzen Sie dort alle Produkte an, die in der gewünschten Pflegebox enthalten sind. Sie können gerne weitere Produkte ankreuzen, falls sich der Bedarf später einmal ändern sollte.
3. **Bitte unterschreiben Sie auf beiden Seiten des Formulars und senden dieses an uns zurück.**
   Selbstverständlich können Sie Ihre Rückantwort portofrei verschicken.
   Ein entsprechender Rückumschlag liegt bei.

Passend zur individuellen Pflegesituation können Sie Ihre gewünschte Variante der **Pflegebox** aus sechs verschiedenen Kombinationen auswählen. Die gewählte Variante können Sie monatlich wechseln. Auf Wunsch stellen wir Ihnen die **Pflegebox** auch individuell zusammen.

	1	2	3	4	5	6
Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch; Unterseite flüssigkeitsundurchlässiges Material, Oberseite Vliesschicht; 60x90 cm	25 Stück		50 Stück	75 Stück		50 Stück
Einmalhandschuhe Nitril, Latex, Vinyl; unsteril, ungepudert; Größe S, M, L oder XL	100 Stück	100 Stück	100 Stück		200 Stück	100 Stück
Händedesinfektion Gebrauchsfertige Lösung; keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren, Pilze; hautfreundlich	500 ml	500 ml	2 x 500 ml		500 ml	500 ml
Mundschutz/FFP2 Einmalgebrauch; Vlies/Zellstoff zur Abdeckung von Mund und Nase, formbare Nasenspange, Ohrengummi		50 Stück				
Flächendesinfektion Gebrauchsfertige Lösung; keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren, Pilze; hautfreundlich	500 ml	500 ml			500 ml	500 ml
Schutzschürzen Einmalgebrauch; lange oder kurze Ausführung (Esslatz), feuchtigkeitsabweisendes Folienmaterial	100 Stück (kurz)	100 Stück (lang)		100 Stück (kurz)	100 Stück (kurz)	

Wir garantieren Ihnen wertvolle Entlastung im Pflegealltag mit unseren hochwertigen Produkten und zuverlässigem Service.

1 Bestellformular Pflegebox

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten

proSenio pflegebox

1 Name der/des Antragstellers

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
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

Versicherte(r) ist befreit von der gesetzlichen Zuzahlung: ☐ ja ☐ nein

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 Auswahl der Pflegebox

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte Pflegebox an

Wählen Sie eine von sechs Varianten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
Bettschutzeinlagen	25 Stk.	---	50 Stk.	75 Stk.	---	50 Stk.
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	---	200 Stk.	100 Stk.
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	---	500 ml	500 ml
Mundschutz	---	50 Stk.	---	---	---	---
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	---	---	500 ml	500 ml
Schutzschürzen	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (lang)	---	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (kurz)	---

Handschuhgröße: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL Handschuhmaterial: ☐ Nitril ☐ Vinyl ☐ Latex

4 Lieferadresse

Die monatliche Lieferung an

☐ die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)

☐ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson ☐ den Pflegedienst

ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!

5 Ihr Pflegedienst

Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

Name Pflegedienst, Referenz/Partnernummer:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

6 Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

☐ Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r) 1 ☐ Angehörige(r)/Pflegeperson 2

7

☐ Ich habe die AGB (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 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 abrufbar sind.

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. !

0917.001.040

Bestellformular Pflegebox

Stand 08/2022

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)

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)

2 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)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
☐	**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

3

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)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
--	**Saugende Bettschutzeinlage** wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 _ _ _

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: proSenio GmbH / Pflegebox Salzufer 11, D-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

✗ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Für die Pflegekasse

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/Beihilfeberechtigte(r)

Datum | IK-Nr. der Pflegekasse | Stempel/Unterschrift

Einfach ausdrucken und links neben das Bestellformular 1 legen!

Ausfüllhilfe Bestellformular Pflegebox 1

1 Persönliche Daten Versicherte(r)

Bitte tragen Sie hier die **persönlichen Daten** der/des Versicherten ein.

Wichtig: Bitte geben Sie unbedingt den Pflegegrad an.

Pflegesachleistung § 36: Pflege wird **nur** durch ambulanten Pflegedienst geleistet.

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

Kombinationsleistung § 38: Pflege wird durch private Pflegeperson(en) **und** Pflegedienst erbracht.

Privat pflegeversichterte Patienten treten in Vorleistung.

2 Persönliche Daten Angehöriger(r)/Betreuer(in)

Bitte teilen Sie uns mit, wer die **wichtigste** private Pflegeperson oder der/die Betreuer(in) ist.

Bitte nebenstehend ☐ **ja ankreuzen,** falls die **Betreuung gesetzlich bevollmächtigt** ist.

3 Hier wählen Sie Ihre passende Pflegebox

Passend zur jeweiligen Pflegesituation können Sie Ihre **Pflegebox** aus **sechs** unterschiedlich zusammengestellten **Varianten** wählen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit die Pflegebox zu wechseln oder individuell zusammenstellen zu lassen.
Wir beraten Sie gern: 030 863 235 450

Stand 10/2021

Wichtig: Bitte wählen Sie eine passende Handschuhgröße

4 Wohin dürfen wir die Pflegebox liefern?

Für die **Lieferung** an den **Pflegedienst** oder an die **Pflegeperson** füllen Sie bitte die beiliegende **Vollmacht** aus!

5 Informationen zum Pflegedienst

Hier ist Platz für die **Kontaktdaten** des betreuenden Pflegedienstes.

6 Wer erhält die Rechnung?

Nur relevant bei privat Versicherten oder Beihilfeberechtigten.

7 Fast fertig: Unterschriften auf Vorder- und Rückseite nicht vergessen!

Bitte **bestätigen** Sie die **Datenschutzhinweise** sowie unsere **AGB** und geben uns Ihr Einverständnis, Sie über weitere Angebote und Dienstleistungen informieren zu dürfen.

Einfach ausdrucken und links neben das Antragsformular 2 legen!

Ausfüllhilfe Antrag Kostenübernahme 2

1 Persönliche Daten Versicherte(r)

Bitte tragen Sie hier die **persönlichen Daten** der/des Versicherten ein.

Name Ihrer **Pflegekasse**

Ihre **Versichertennummer**

2 Beantragung der Pflegehilfsmittel

Hinweis: Wir dürfen Ihnen nur **beantragte/bewilligte** Hilfsmittel zusenden.

Nicht beantragte Hilfsmittel müssen zu einem späteren Zeitpunkt neu beantragt werden, wenn Sie den Inhalt Ihrer Pflegebox neu zusammenstellen oder ergänzen möchten.

3 Bettschutzeinlagen

Hier können Sie zusätzlich **4 waschbare Bettschutzeinlagen** zuzahlungsfrei beantragen (Lieferung 1x im Jahr).

4 Fast fertig: Unterschriften auf Vorder- und Rückseite nicht vergessen!

Pflegebox Bestellformular (Seite 1) ausfüllen, **Antrag auf Kostenübernahme (Seite 2)** unterschreiben, beides per Post, per Fax oder per E-Mail an uns schicken!

prosenio GmbH
Pflegebox
Salzufer 11
10587 Berlin
T 030 863 235 450
F 030 609 841 399
info@pflegebox.de

Benötigen Sie Hilfe?
Wir sind für Sie da!

030 863 235 450

Unser Service-Team ist Mo.-Fr. 8-18 Uhr für Sie erreichbar!

Ausfüllen und zurücksenden!

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

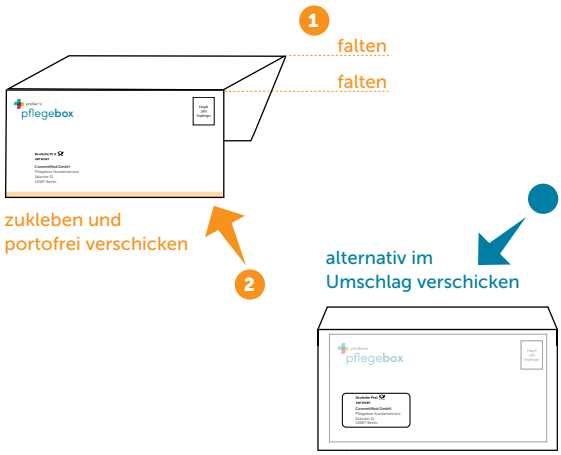
nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben

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

proSenio
pflegebox

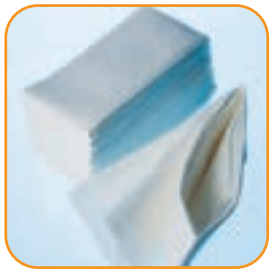
Entgelt zahlt Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

proSenio GmbH
Pflegebox Kundenservice
Salzufer 11
10587 Berlin

proSenio GmbH
Pflegebox
Salzufer 11
10587 Berlin

Einweisung
In die sach- und fachgerechte Nutzung der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch



Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)

- Die Bettschutzeinlagen bestehen aus flüssigkeitsundurchlässigem Material und einer saugfähigen, hautfreundlichen Schicht aus Vliesmaterial.
- Um die volle Funktionsfähigkeit sowie perfekten Liegekomfort zu gewährleisten, muss die Bettschutzeinlage mit der saugfähigen Vliesseite nach oben positioniert werden.
- Die Bettschutzeinlagen können nicht gewaschen oder wiederaufbereitet werden.

Einmalhandschuhe

- Zum Anziehen der Handschuhe müssen die Hände vollständig trocken sein.
- Evtl. benutzte Handcreme sollte vollständig eingezogen sein.
- Zum Ablegen streifen Sie die Handschuhe vom Handgelenk über die kontaminierten Fingerspitzen.
- Achten Sie darauf, dass die Handschuhe keine Risse haben.
- Die Anwendung ist aus hygienischen Gründen zum eigenen Schutz.
- Einmalhandschuhe sind als Vinyl-, Nitril- oder Latexhandschuhe erhältlich sowie in den Größen S, M, L, XL.

Händedesinfektionsmittel

- Die Anwendung sollte vor und nach jedem Patientenkontakt erfolgen.
- Nicht in der Nähe von Augen und offenen Wunden anwenden.
- Ausreichend Händedesinfektionsmittel (mindestens 3 ml) in die trockene hohle Hand geben und sorgfältig über 30 Sekunden, ohne abzuspülen, verreiben.
- Besonderes Augenmerk auf Fingerkuppen und Daumen legen, da sie am häufigsten in direkten Kontakt mit Patienten und potentiell verkeimten Oberflächen kommen.

proSenio GmbH
Pflegebox
Salzufer 11
10587 Berlin

T: 030 863 235 288
F: 030 609 841 399
E: partner@pflegebox.de

Mundschutz

- Um höchstmöglichen Sitzkomfort und Hautverträglichkeit zu gewährleisten, ist der Mundschutz mit der farbigen Seite nach außen und dem Nasenbügel nach oben anzulegen.
- Fixieren Sie den Mundschutz mit den Ohrschlaufen.

Flächendesinfektionsmittel

- Die Anwendung erfolgt zur Schnelldesinfektion alkoholbeständiger Oberflächen im Sprüh-/Wischverfahren, bei der nicht nur eine schnelle Wirkung, sondern auch ein rückstandsfreies Auftrocknen gefordert ist.
- Die zu desinfizierenden Flächen mit einer ausreichenden Menge gebrauchsfertiger Lösung benetzen bis diese vollständig feucht ist.
- Produkt mit einem sauberen Einmaltuch verteilen.
- Fläche während der gesamten Einwirkzeit (30 Sekunden) feucht halten.
- **Achtung!** Nicht auf Oberflächen zur Lebensmittelbearbeitung anwendbar.

Schutzschürzen kurz

- Anwendbar zum Schutz der Kleidung des Patienten beim Darreichen von Nahrung.
- Zum einmaligen Gebrauch bestimmt .
- Bitte mit der rutschfesten, vliesbeschichteten Seite zum Patienten anlegen und mit den Bändern hinter dem Kopf gegen Verrutschen fixieren.
- Die Krümeltasche muss sich auf der dem Patienten abgewandten Seite befinden.

Schutzschürzen lang

- Führen Sie den Kopf durch die Schlaufe.
- Für einen perfekten Sitz fixieren Sie die Schürze mit den Bändern auf dem Rücken.
- Für einfache Pflege- und Hygienebereiche.

proSenio pflegebox

CHECKLISTE

WAS TUN, WENN DER PFLEGEFALL EINTRITT?

Pflegebedürftigkeit bedeutet immer einen Wandel im Leben der Angehörigen. Der Alltag verändert sich, die rechtliche Lage muss geklärt sowie neue Fertigkeiten angeeignet werden. In dieser turbulenten Zeit dient diese Checkliste als Leitfaden:

- ✓ Wer sind meine Ansprechpartner?
- ✓ Was muss ich machen?
- ✓ Welche Informationen sind wichtig?

Für pflegende Angehörige gilt:

Generell

1. **Kontaktieren Sie Ihren Pflegestützpunkt** und bei einem Krankenhausaufenthalt den Krankenhaussozialdienst. Die Beratung ist kostenfrei und unabhängig.
2. Fordern Sie einen **Antrag bei der Pflegekasse** an, um den Pflegegrad zu beantragen. Der Leistungsbeginn erfolgt ab Antragsstellung.
3. Bereiten Sie die Begutachtung durch den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** (MDK) gut vor. Nehmen Sie alle an der Pflege beteiligten Personen zu dem Termin hinzu.
4. **Führen Sie ein Pflegetagebuch**, das Sie bei der Pflegekasse erhalten oder auf **www.pflegebox.de/das-pflegetagebuch** herunterladen können. So können Sie nach der Pflegeeinstufung durch die Pflegekasse das Pflegegutachten auf Basis Ihrer, im Pflegetagebuch eingetragenen Angaben, überprüfen.
5. Pflegekassen & Pflegedienste bieten teilweise **kostenlose Pflegeschulungen** an. Besuchen Sie diese oder fragen Sie auch nach Schulungen daheim.
6. Prüfen Sie die Möglichkeit **entlastender Hilfen** wie Tagespflege und Verhinderungspflege in Anspruch zu nehmen.
7. Klären Sie ob die Voraussetzungen für einen **Schwerbehindertenausweis** gegeben sind. Den Antrag hierfür bekommen Sie bei den Sozialdiensten, Krankenhäusern, dem KundenCenter des Versorgungsamtes oder dem Bürgeramt.
8. Informieren Sie sich über eine **Vorsorge- und Kontovollmacht** sowie über eine **Betreuungs- und Patientenverfügung** falls gewünscht.

Beruflich

9. Sie haben Anspruch auf **berufliche Freistellung für 10 Tage** pro Jahr. Beantragen Sie diese zuerst bei Ihrem Arbeitgeber.
10. Sie haben das Recht sich für **maximal 24 Monate in Ihrer Arbeitszeit freistellen** zu lassen. Kombinationsmodelle mit einer kurzfristigen Freistellung von zehn Tagen, bis zu sechs Monaten Pflegezeit oder bis zu 24 Monate Familienzeit sind ebenfalls möglich.
11. Wenn Sie sich dazu entscheiden, sechs Monate ganz oder teilweise beruflich zu pausieren, **haben Sie einen Anspruch auf ein zinsfreies Darlehen**.
12. Geben Sie Ihre Berufstätigkeit nicht ohne Beratung auf. Informieren Sie sich zuerst bei der Agentur für Arbeit und **prüfen Sie die Möglichkeit auf eine freiwillige Weiterversicherung in der Arbeitslosenversicherung** auf eigene Kosten.
13. **Eine freiwillige Versicherung bei der Krankenkasse auf eigene Kosten ist notwendig**, wenn Sie Ihren Beruf aufgeben, keine Versicherung über Ihren Ehepartner möglich ist und kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.
14. Für die Hauptpflegeperson **besteht Rentenversicherungspflicht** bei einer Berufstätigkeit von höchstens 30 Stunden pro Woche und einem Pflegeaufwand von mindestens 14 Stunden pro Woche.

Diese Checkliste ersetzt in keinem Fall eine fachmännische Beratung durch Experten. Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt oder Pflegeexperten in der Umgebung. Weitere Informationen zur aktuellen Rechtslage erhalten Sie auf der Webseite der Bundesregierung.

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Empfänger:

Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages

Wechselerklärung

Name Versicherter

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter

zum .

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem

möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

proSenio GmbH
Salzufer 11
10587 Berlin

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die proSenio GmbH zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Empfänger:

Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Name Versicherter

Versicherten-Nr. Geburtsdatum

Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem _____ werde ich zuhause gepflegt.

Meine Pflegeperson wird vom _____ bis voraussichtlich _____ vorrübergehend verhindert sein und zwar:

☐ vollständig (8 oder mehr Stunden)

☐ teilweise (weniger als 8 Stunden)

Die Verhinderungspflege erfolgt im Zeitraum _____ bis _____. In dieser Zeit wird die Pflege durchgeführt von einer

☐ erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson (z. B. Pflegekraft vom Pflegedienst)

Name/Anschrift der Einrichtung/ des Pflegedienstes

☐ Privatperson

Name/Anschrift der Privatperson

Verwandtschaftsgrad: ☐ Ja, welcher _____ ☐ Nein

☐ Ich möchte die Hälfte meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder des Bevollmächtigten

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Empfänger:

Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages

Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege

Name Versicherter

Versicherten-Nr. Geburtsdatum

Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen der vollstationären Kurzzeitpflege

für den Zeitraum vom _____ bis _____ .

Grund:
- ☐ Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung
- ☐ Im Anschluss an eine Verhinderungspflege
- ☐ Häusliche Bedingungen (z. B: Sanierung, Wohnungsumbau)
- ☐ Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen
- ☐ Abwesenheit der Pflegeperson aufgrund:
  - ☐ Urlaub _____ bis _____ ☐ Krankheit
- ☐ sonstige Gründe _____

Die Kurzzeitpflege wird sichergestellt von (Name/Anschrift/Telefonnummer):

☐ Mein Anspruch auf Kurzzeitpflege für das laufende Kalenderjahr ist bereits verbraucht.
Ich habe noch Ansprüche aus der Verhinderungspflege nach §39 SGB XI.
Diesen Anspruch möchte ich auf die Kurzzeitpflege übertragen. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder des Bevollmächtigten

proSenio pflegebox

VOLLMACHT

ZUR UNTERZEICHNUNG VON LIEFERBESCHEINIGUNGEN FÜR PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH

Vollmachtgeber

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Pflegekasse _____

Versicherungs-Nr. _____

Pflegeperson

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Vollmachtnehmer

Pflegedienst/Sozialstation _____

Name 1 _____

Name 2 _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber oben genannten Vollmachtnehmer die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

_____ ✗ _____

Ort, Datum — Unterschrift Versicherter/Angehöriger/Betreuer

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Empfänger:

Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages

Abtretungserklärung

Name Versicherter

Versicherten-Nr. Geburtsdatum

Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich , geboren am

wohnhaft in ,

trete hiermit meine Ansprüche zur Erstattung der monatlichen 40€-Pauschale gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI bzw. § 61 Abs. 2 SGB XII ab an meinen Leistungserbringer:

proSenio GmbH
Salzufer 11
10587 Berlin

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder des Bevollmächtigten

proSenio
pflegebox

Unsere Angebote

für Pflegebedürftige und Angehörige

Pflegehilfsmittel

Zuzahlungsfrei mit Pflegegrad!

Bettschutzeinlagen

Ihr zusätzlicher Anspruch!

Ihr Partner Nr. 1 in der Pflege

Die Pflegebox
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Erhalten Sie jeden Monat die zur Pflege notwendigen Produkte in einer praktischen Box nach Hause geliefert – ohne Zuzahlung!

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch
Zuzahlungsfreie Pflegehilfsmittel gemäß § 40 SGB XI.

Zuzahlungsfrei
Mit Pflegegrad übernimmt die Pflegekasse nach §40 Abs. 2 SGB XI die Kosten bis 40 € monatlich.

Rezeptfrei
Für die Kostenübernahme der Pflegekasse wird kein Rezept des Arztes benötigt.

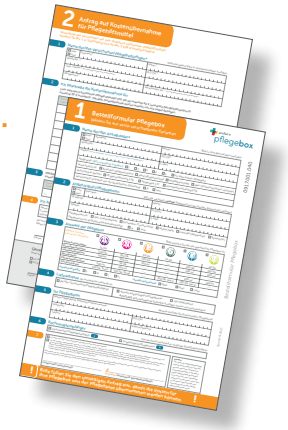
Marken- und Qualitätsprodukte
Wir achten bei allen Produkten auf Top-Qualität.

Portofreie Lieferung
Wir liefern die Pflegebox zuverlässig nach Hause oder zu Ihrem Pflegedienst

Die Möglichkeit auf Kostenerstattung haben Pflegebedürftige ...

- mit Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 – auch Demenzpatienten mit Pflegegrad 1.
- die gesetzlich oder privat pflegeversichert oder beihilfeberechtigt sind.
- die zu Hause oder in einer WG ambulant versorgt werden.

Um den Anspruch nutzen zu können, genügt der einfache Pflegebox-Antrag.



Wir kümmern uns um die Bewilligung und Kostenübernahme durch die Pflegekasse.

Ein Rezept oder ein ärztliches Attest ist nicht erforderlich.

Erstattet werden ...

- Hände- und Flächendesinfektion
- Bettschutzeinlagen
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz und Schutzschürzen

proSenio pflegebox

www.pflegebox.de

proSenio pflegebox AKTUELL MEHR ALS 30.000 ZUFRIEDENE KUNDEN PRO MONAT 09/2021

Passend zur individuellen Pflegesituation steht die Pflegebox in sechs Kombinationen zur Auswahl und ist monatlich wechselbar. Auf Wunsch stellen wir die Pflegebox auch individuell zusammen.

Zusätzlich können wiederverwendbare Bettschutzeinlagen mitbeantragt werden.

Mehr dazu unter www.pflegebox.de.

Mit Pflegegrad zuzahlungsfrei!

Wählen Sie aus 6 Varianten

Abgestimmt auf Ihre Pflegesituation

1 – Allgemeine Pflegesituation
leichte Inkontinenz, normaler Hygienebedarf

2 – Pflegesituation mit Keimbelastung
keine Inkontinenz,, ggf. Ansteckungsgefahr

3 – Normale Hygienesituation, Fokus Händehygiene
vorhandene Inkontinenz

4 – Pflegesituation mit hohem Materialbedarf
starke Inkontinenz, täglich mehrfacher Materialwechsel

5 – Pflegesituation mit hohem Bedarf an Einmalhandschuhen
keine Inkontinenz

6 – Normale Hygienesituation
vorhandene Inkontinenz, mit Produkten für Hände- und Flächenhygiene

proSenio

pflegebox

	1	2	3	4	5	6
Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch; Unterseite flüssigkeitsundurchlässiges Material, Oberseite Vliesschicht; 60x90 cm	25 Stück		50 Stück	75 Stück		50 Stück
Einmalhandschuhe Nitril, Latex, Vinyl; unsteril, ungepudert; Größe S, M, L oder XL	100 Stück	100 Stück	100 Stück		200 Stück	100 Stück
Händedesinfektion Gebrauchsfertige Lösung; keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren, Pilze; hautfreundlich	500 ml	500 ml	2 x 500 ml		500 ml	500 ml
Mundschutz/FFP2 Einmalgebrauch; Vlies/Zellstoff zur Abdeckung von Mund und Nase, formbare Nasenspange, Ohrengummi		50 Stück				
Flächendesinfektion Gebrauchsfertige Lösung; keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren, Pilze; hautfreundlich	500 ml	500 ml			500 ml	500 ml
Schutzschürzen Einmalgebrauch; lange oder kurze Ausführung (Esslatz), feuchtigkeitsabweisendes Folienmaterial	100 Stück (kurz)	100 Stück (lang)		100 Stück (kurz)	100 Stück (kurz)	

Bettschutzeinlagen
Zur Wiederverwendung

Pflegebedürftige mit Pflegegrad haben jährlich gesetzlichen Anspruch auf wiederverwendbare Bettschutzeinlagen.

Bis zu 4 Stück pro Jahr zusätzlicher Anspruch!

- **Bettschutzeinlage mit Flügeln**
  85 x 90 cm, blau, Polyester/Viskose-Gemisch
- **Waschbar**
  Die Bettschutzeinlagen können bis zu 300 Mal gewaschen werden.
- **Laminat-Technologie**
  bietet hervorragenden Komfort und stellt sicher, dass die Einlage ihre Form behält und nicht verrutscht.
- **Optimaler Liegekomfort**
  Seitliche Einschlagflügel dienen zur optimalen Fixierung an der Matratze.
- **Extrem hohes Saugvermögen**
  Bindet Flüssigkeit zuverlässig und schützt vor Rücknässung – Saugstärke: 2.500 ml.
- **Weich und hautfreundlich**
  Die Haut wird geschont und trocken gehalten.

✔ **Einfach und unkompliziert mit unserem Antrag!**
Wir übernehmen Beantragung, Bewilligung und die kostenlose Lieferung an die gewünschte Lieferadresse.

✔ **Sie müssen sich um nichts kümmern!**
Nach Bewilligung der Kostenübernahme werden die Bettschutzeinlagen frei Haus geliefert.

Ihr Partner
In der Pflege

DEUTSCHES INSTITUT FÜR SERVICE-QUALITÄT GmbH & Co. KG
DEUTSCHER EXZELLENZ-PREIS 2019
Führung & Verantwortung
Preisträger Top 2
www.deutscherexzellenzpreis.de
UNTERNEHMER
ntv

Für uns stehen die Menschen in der Pflege im Mittelpunkt. Wir unterstützen Sie in der alltäglichen Pflege und denken dabei immer einen Schritt weiter.

Unser Blick richtet sich nicht nur auf die gegenwärtige Situation der Pflege, sondern auch auf die Zukunft. So verfolgen wir eine ganzheitliche Betreuung und Versorgung des Pflegehaushaltes.

Pflegebox
Erstattungsfähige Pflegehilfsmittel

Bettschutzeinlagen
Erstattungsfähige Bettschutzeinlagen

Pflegeinformationen
Infos über Ihre Ansprüche und Beratung

Wir sind für Sie da!

Mo.-Fr. 8-18 Uhr für Sie erreichbar:

030 863 235 460

Ihr Feedback zählt!

Damit wir Ihnen noch mehr Qualität und Service bieten können, bauen wir unser Portfolio sowie bestehende Leistungen kontinuierlich weiter aus.

Wir freuen uns dabei über Anregungen und Ihr Feedback!

proSenio GmbH
Pflegebox

Salzufer 11
10587 Berlin

T 030 863 235 460
F 030 609 841 399

info@pflegebox.de
www.pflegebox.de

proSenio pflegebox

proSenio
pflegebox
Ihr Partner in der Pflege

Wir sind für Sie da!
PflegeBox-Team: 030 863 235 450
E-Mail: post@pflegebox.de

PflegeBox
Erstattungsfähige Pflegehilfsmittel

Bettschutzeinlagen
Erstattungsfähige Bettschutzeinlagen

Pflegeinformationen
Infos über Ihre Ansprüche und Beratung

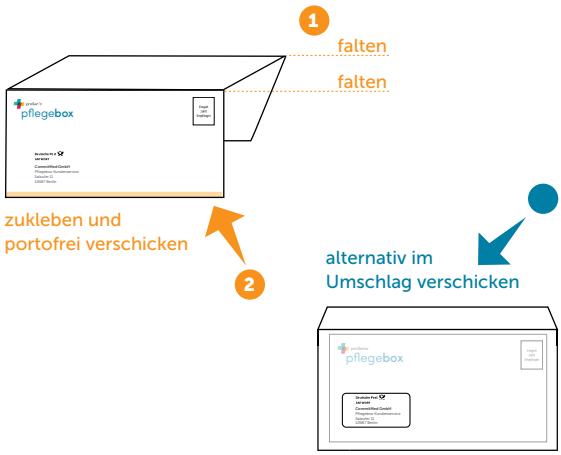
nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben

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

proSenio
pflegebox

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

proSenio GmbH
Pflegebox Kundenservice
Salzufer 11
10587 Berlin