

Einfach ausdrucken und links neben  
das Bestellformular 1 legen!

# Ausfüllhilfe Bestellformular Pflegebox

# 1

10587 Berlin  
Salzfer 11  
CommitMed GmbH  
Pflegebox | Pflegeshop  
T 030 863 235 450  
F 030 609 841 399  
info@pflegebox.de

030 863 235 450

Benötigen Sie Hilfe?  
Wir sind für Sie da!

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

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

Hier können Sie zusätzlich 3 waschbare Bettgeschutzeinlagen  
zuzahlungsfrei beantragen (Lieferung 1x im Jahr).

3 Bettgeschutzeinlagen z. B. bei Inkontinenz

Tip: Wir versorgen Sie auch mit hochwertigen  
Inkontinenzprodukten – mit und ohne Rezept.  
Wir beraten Sie gern: 030 863 235 460

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

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

2 Beantragung der Pflegehilfsmittel



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

1 Persönliche Daten Versicherte(r)

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.

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

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

Privat pflegeversicherte 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

**Wichtig:** Bitte wählen Sie eine passende Handschuhgröße

4 Wohin dürfen wir die Pflegebox liefern?

Für die **Lieferung** an den **Pflegedienst** oder an die **Pflege-**  
**person** füllen Sie bitte die beiliegende **Vollmacht** aus!

5 Informationen zum Pflegedienst

Hier ist Platz für die **Kontakt Daten** des betreuenden  
Pflegedienstes.

6 Wer erhält die Rechnung?

Nur relevant bei privat Versicherten oder Beihilfeberechtigten.

7 Fast fertig: Unterschriften auf Vorder- und Rück-  
seite 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

Stand 10/2021

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

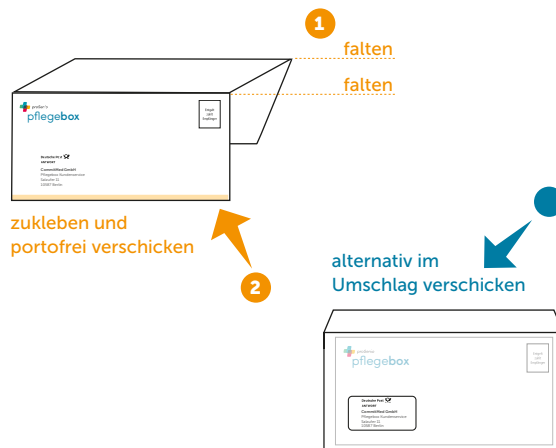
Unterschrift

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

CommitMed GmbH  
Pflegebox Kundenservice  
Salzufer 11  
10587 Berlin