



# Auswahl PflegeBox

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten

## 1.1 Name des/der Versicherten: Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> versichert über Ortsamt/Sozialamt		







## 1.2 Angehörige(r)/Pflegeperson: Bitte eine 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"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r)		

## 1.3 Pflegedienst: Bitte nennen Sie – nach Möglichkeit – Ihren betreuenden Pflegedienst

Name / Adresse Pflegedienst:	Stempel:
Pflegedienst: <input type="checkbox"/> pflegt/betreut die/den Pflegebedürftige(n) (Pflegesachleistung nach § 36 bzw. § 38 SGB XI) <input type="checkbox"/> berät/begutachtet alle drei/sechs Monate die Pflegesituation (Pflegegeld nach § 37 SGB XI)	

## 1.4 Auswahl PflegeBox: Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte PflegeBox an

<input type="checkbox"/>  25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  100 Einmalhandschuhe 50 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>  50 Bettschutzeinlagen 500 ml Händedesinfektion
<input type="checkbox"/>  75 Bettschutzeinlagen	<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe
Ich wünsche meine Einmalhandschuhe in Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		

## 1.5 Lieferung/Lieferadresse:

Die monatliche Lieferung der PflegeBox soll bitte erfolgen: (bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> an meinen Pflegedienst	<input type="checkbox"/> an meine eigene Adresse	<input type="checkbox"/> an meine Pflegeperson

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen

per Post  per E-Mail  per Telefon erhalten (Produkte/Wünsche bitte ankreuzen)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperwäsche/-hygiene             | <input type="checkbox"/> Haut- und Wundpflege               | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung/Vitamine |
| <input type="checkbox"/> Messgeräte (Blutdruck/Blutzucker) | <input type="checkbox"/> Alltagshilfen im Haushalt          | <input type="checkbox"/> Treppenlifte               |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfen/Rollstühle/Mobilität    | <input type="checkbox"/> Pflegebetten/Sitz-/Lagerungshilfen | <input type="checkbox"/> Hausnotruf-Systeme         |

Ich möchte gerne von Wellsana, einem Partner der PflegeBox, interessante Angebote zu Gesundheitsprodukten erhalten

Wir verwenden Ihre Adressdaten, um Sie über eigene Angebote zu informieren und ermöglichen namhaften Partnerunternehmen, Ihnen im Rahmen der werblichen Ansprache Informationen und Angebote zukommen zu lassen. Sie können Ihre Zustimmung dazu jederzeit widerrufen.



Und jetzt bitte den umseitigen Antrag ausfüllen, damit die Kosten für Ihre PflegeBox von der Pflegekasse übernommen werden können



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)





# 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)

**Name des/der Versicherten:** Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Pflegestufe: keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Telefon:	E-Mail:	
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 31,- monatlich / bei Beihilfeanspruch 15,50 monatlich, wie nachstehend aufgeführt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Einheit	ja	nein	Anzahl	ja	nein	Bemerkung
Saugende Bettschutzeinlagen, mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	50 Stk. .....						
Einmalhandschuhe, puderfrei, Größe S	100 Stk. .....						
Einmalhandschuhe, puderfrei, Größe M	100 Stk. .....						
Einmalhandschuhe, puderfrei, Größe L	100 Stk. .....						
Einmalhandschuhe, puderfrei, Größe XL	100 Stk. .....						
Mundschutz, Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stk. .....						
Schutzschürzen, wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	100 Stk. .....						
Händedesinfektionsmittel	500 ml .....						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml .....						
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 von Hundert, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt							
Saugende Bettschutzeinlage (Wiederverwendung)	1 Stk. .....						

Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt; Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet. Ich beauftrage die CommitMed GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Meine Daten dürfen von CommitMed zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

**✗ Datum:**

**✗ Unterschrift Versicherte(r):**  
oder Bevollmächtigte(r)

#### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 31,00 monatlich  
 PG 51 ohne Zuzahlung

- PG 54 bis 15,50 monatlich  
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum: \_\_\_\_\_ IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_