

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 dringend 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 <small>*Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten der PflegeBox bei Ihrer Pflegekasse selbst.</small>		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet) <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)		

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		

Pflegedienst, wenn vorhanden

Nennen Sie uns bitte den betreuenden Pflegedienst (freiwillige Angabe)

Name Pflegedienst:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

Auswahl PflegeBox

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte PflegeBox an

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

Finden Sie keine passende PflegeBox? Kontaktieren Sie uns und wir stellen Ihnen Ihre individuelle PflegeBox zusammen!

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der PflegeBox soll bitte erfolgen:

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

Rechnungsempfänger

Pflegeperson ist privat versichert und/oder beihilfeberechtigt. Die Rechnung soll bitte gestellt werden an:

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

Ich habe Interesse an weiteren Pflegehilfsmitteln oder Produkten und möchte Informationen über die von mir oben angegebenen Kommunikationswege (z.B. Post, E-Mail, Telefon) erhalten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Kontaktdaten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die CommitMed GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen. Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie in den beiliegenden Datenschutzhinweisen.

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.

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input checked="" type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
<small>(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)</small>		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*
		<small>(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)</small>

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4 _ _ _

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 40 monatlich | <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 20 monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) |

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift