

# Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI



Pflegegrad 1 2 3 4 5

## Persönliche Angaben

Anrede: Frau Herr Divers Geburtstag:

Vorname: Nachname: Telefon:

Straße/Nr: PLZ/Ort: E-Mail:

## Versicherungsangaben:

Versicherung: Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt Über das Ortsamt/ Sozialamt

Pflegekasse Versicherungsnummer:

## Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40 € monatlich/ bei Beihilfeanspruch bis maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54):	Pflegehilfsmittelpositionsnr
Bitte zutreffendes ankreuzen	<b>Saugende Bettschutzeinlagen</b> - 60 x 90, Einmalgebrauch -	54.45.01.0001
	<b>Fingerlinge</b> - puderfrei -	54.99.01.0001
	<b>Einmalhandschuhe</b> - puderfrei -	54.99.01.1001
	<b>Mundschutz</b> - 3-lagig, Einmalgebrauch -	54.99.01.2001
	<b>Schutzschürzen</b> - wasserfest, Einmalgebrauch -	54.99.01.3001
	<b>Händedesinfektion</b> - keimvermindernd (Bakterien, Viren, Pilze) -	54.99.02.0001
	<b>Flächendesinfektion</b> - keimvermindernd (Bakterien, Viren, Pilze) -	54.99.02.0002
	<b>FFP-2-Masken</b> - 5-lagig, Einmalgebrauch -	54.99.01.5001

PflegeBOX 1 2 3 4 5 6 Handschuhgröße: S M L XL

Bettschutzeinlagen: Ja Nein Anzahl Bettschutzeinlagen: 1 2 3 4

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.

## Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Name & Anschrift:

Institutions-

Meinehilfsmittelbox GmbH  
Lahnstraße 84, 12055 Berlin

kennzeichen:

331108341

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

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.

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)  PG 51 ohne Zuzahlung  PG 54 bis 20€ monatlich  
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)  PG 51 mit Zuzahlung  PG 54 bis 40€ monatlich

Ort, Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/ Unterschrift

## Übersicht unserer Boxen und deren Inhalte

Box 1



- 500 ml Flächendesinfektion
- 1000 ml Händedesinfektion
- 100 Einmalhandschuhe
- 25 Bettschutzeinlagen

Box 2



- 500 ml Flächendesinfektion
- 500 ml Händedesinfektion
- 100 Einmalhandschuhe
- 10 FFP2 Masken

Box 3



- 500 ml Händedesinfektion
- 100 Einmalhandschuhe
- 50 Bettschutzeinlagen

Box 4



- 500 ml Flächendesinfektion
- 500 ml Händedesinfektion
- 100 Einmalhandschuhe
- 50 Mundschutz
- 50 Schutzschürzen

Box 5



- 500 ml Flächendesinfektion
- 1000 ml Händedesinfektion
- 100 Einmalhandschuhe
- 10 FFP2 Masken

Box 6



- 500 ml Flächendesinfektion
- 500 ml Händedesinfektion
- 20 FFP2 Masken

Bitte wählen Sie Ihre Zusammenstellung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>Bettschutzeinlagen</b>	<b>25 Stk</b>	---	<b>50 Stk</b>	---	---	---
<b>Einmalhandschuhe</b>	<b>100 Stk</b>	<b>100 Stk</b>	<b>100 Stk</b>	<b>100 Stk</b>	<b>100 Stk</b>	---
<b>Schutzschürzen</b>	----	---	---	<b>50 Stk</b>	---	---
<b>Händedesinfektion</b>	<b>1000ml</b>	<b>500ml</b>	<b>500ml</b>	<b>500ml</b>	<b>1000ml</b>	<b>500ml</b>
<b>Flächendesinfektion</b>	<b>500ml</b>	<b>500ml</b>	---	<b>500ml</b>	<b>500 ml</b>	<b>500ml</b>
<b>Mundschutz</b>	---	---	---	<b>50 Stk</b>	---	---
<b>FFP 2 Maske</b>	---	<b>10 Stk</b>	---	---	<b>10 Stk</b>	<b>20 Stk</b>

Absender:

---

---

---

Empfänger:

Meinehilfsmittelbox GmbH  
Lahnstraße 84  
12055 Berlin

## Wechselerklärung

Versicherter: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

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:

meinehilfsmittelbox GmbH  
Lahnstrasse 84  
12055 Berlin  
**IK 331108341**

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

Ort, Datum

Unterschrift

## Vollmacht

Zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen für  
Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

**Vollmachtgeber:** Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Pflegekasse \_\_\_\_\_  
–  
Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Pflegeperson:** Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Vollmachtnehmer:** Pflegedienst/Sozialstation

Name 1 \_\_\_\_\_

Name 2 \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber den oben genannten Vollmachtnehmer die Lieferbestätigung der Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 4. Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

## Kostenloser Versand an meineHilfsmittelbox GmbH

1. Stecken Sie die vollständig ausgefüllten Formulare in einen Briefumschlag.
2. Schneiden Sie die unten abgebildete Vorlage aus und kleben Sie es auf Ihren Briefumschlag.

Die Versandkosten übernehmen wir.

