

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

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"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert		
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)		
Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung der Pflegestufe erfolgte im		Monat: _____ Jahr: _____

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) gerichtlich bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Pflegedienst

Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Name/Adresse Pflegedienst:

Zeitschrift/Zeitung Internet
 Pflegedienst Pflegeberater
 Familie Freund/Nachbarn
 Sonstiges: *Pflege 24 Stunden Fr. Lankowski*

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		

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

Unterstützung der häuslichen Pflege

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"/> Inkontinenzmaterial
<input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung/Vitamine	<input type="checkbox"/> Messgeräte (Blutdruck/Blutzucker)	<input type="checkbox"/> Alltagshilfen im Haushalt
<input type="checkbox"/> Gehhilfen/Rollstühle/Mobilität	<input type="checkbox"/> Pflegebetten/Sitz-/Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Pflege
<input type="checkbox"/> Hausnotruf-Systeme	<input type="checkbox"/> Treppenlifte/Barrierefreier Umbau	<input type="checkbox"/> Pflegeberatung

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)

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)

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

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

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal € 40 monatlich/bei Beihilfeanspruch € 20 monatlich, wie nachstehend aufgeführt

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)			Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Einheit	Preis	ja	nein	Anzahl	ja	nein	Bemerkung
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	50 St.	€ 21,54						
Einmalhandschuhe , puderfrei Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	100 St.	€ 7,18						
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 St.	€ 7,18						
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	100 St.	€ 13,34						
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	500 ml	€ 8,21						
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	500 ml	€ 6,16						

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (Produktgruppe 51)

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)			Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Einheit	Preis	ja	nein	Anzahl	ja	nein	Bemerkung
Saugende Bettschutzeinlage , waschbar (Wiederverwendung)	1 St.	€ 26,16						

Ich beauftrage die CommitMed GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die CommitMed GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten.

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. Meine Daten dürfen von CommitMed zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

X
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



PFLEGEBOX