

## 1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)		E-Mail:
Pflegegrad: (Bitte unbedingt 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		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38		
Versicherte(r) ist befreit von der gesetzlichen Zuzahlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## 2 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		

## 3 Auswahl der PflegeBox

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte PflegeBox an

Wählen Sie eine von sechs Varianten						
Bettschutzeinlagen	25 Stk.	---	50 Stk.	75 Stk.	---	50 Stk.
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	---	200 Stk.	100 Stk.
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	---	500 ml	500 ml
Mundschutz	---	50 Stk.	---	---	---	---
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	---	---	500 ml	500 ml
Schutzschürzen	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (lang)	---	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (kurz)	---
Handschuhgröße:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	Handschuhmaterial:	<input type="checkbox"/> Nitril <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Latex

## 4 Lieferadresse Die monatliche Lieferung an

<input type="checkbox"/> die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> die/den Angehörige(n)/Pflegeperson	<input type="checkbox"/> den Pflegedienst
<b>ACHTUNG:</b> Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!		

## 5 Ihr Pflegedienst

Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

Name Pflegedienst, Referenz/Partnernummer:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

## 6 Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

<input type="checkbox"/> Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r) <b>1</b>	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson <b>2</b>
--	--

Ich habe die AGB ([www.pflegebox.de/agb](http://www.pflegebox.de/agb)) zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die CommitMed GmbH, Joachimsthaler Str. 31-32, 10719 Berlin, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über (Pflege)Hilfsmittel, Produkte zur Inkontinenz- und Wundversorgung, Hör-, Seh- und Gehhilfen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an [datenschutz@commitmed.de](mailto:datenschutz@commitmed.de) oder per Post an CommitMed GmbH, Joachimsthaler Straße 31-32, 10719 Berlin widerrufen.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die CommitMed GmbH können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter [www.pflegebox.de/datenschutz](http://www.pflegebox.de/datenschutz) abrufbar sind.

**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.

Unterschrift Versicherte(r) X und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

**Bitte füllen Sie den umseitigen Antrag aus, damit die Kosten für Ihre PflegeBox von der Pflegekasse übernommen werden können.**

0917.001.040

Bestellformular PflegeBox

Stand 07/2021



# 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)

## 1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen\*

\*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*

## 2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

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

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

Für die Pflegekasse

## 3 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.

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionennummer
--	<b>Saugende Bettschutzeinlage</b> wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 ___

## 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

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

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

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift