

1. Daten Kunde / pflegebedürftige Person

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Haus-Nr.:		PLZ, Ort:
Telefon (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht 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"/> beihilferechtigt <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. Abweichende Lieferadresse

ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Firma:
Vorname:	Nachname:
Straße, Haus-Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht weitergegeben)	E-Mail:

3. Auswahl der Pflegebox

Wählen Sie eine der vier Varianten



	1.	2.	3.	4.
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	individuelle Angaben
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	auf Anfrage
Flächendesinfektion	500 ml	-	500 ml	
FFP2 Masken ODER Mundschutz-Masken	10 Stk. bzw. 50 Stk.	10 Stk. bzw. 50 Stk.	10 Stk. bzw. 50 Stk.	
Bettwäscheeinlagen	25 Stk.	25 Stk.	-	
Schutzschürzen	-	50 Stk.	100 Stk.	

Handschuhgröße:
 S
 M
 L
 XL
 Handschuhmaterial:
 Nitril
 Vinyl
 Latex

4. Rechnungsempfänger

Kunde / Antragsteller Lieferadresse

- Ich habe die AGB (www.pflegebox.de/agb) zur Kenntnis genommen.
 - Ich bin damit einverstanden, dass PFLEGEBOX kostenlos, Intoja GmbH, Am Markt 1, 53937 Schleiden, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsthemen 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 info@pflegebox-kostenlos.de oder per Post an PFLEGEBOX kostenlos, Intoja GmbH, Am Markt 1, 53937 Schleiden widerrufen.
- Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die PFLEGEBOX kostenlos können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter www.pflegebox-kostenlos.de/datenschutz abrufbar sind.

Hinweis:

Der Inhalt der Box kann jederzeit geändert werden. Bitte teilen Sie uns bis zum 15. eines Monats die gewünschten Änderungen mit.

Unterschrift Kunde

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL



PFLEGEBOX
kostenlos

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

1. Daten der pflegebedürftigen Person

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	* Vorname:	* Name:
* Straße, Haus-Nr.:		* PLZ, Ort:
* Geb.-Datum (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		E-Mail:
* 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. Wird von PFLEGEBOX kostenlos gemäß Ihrer Auswahl ausgefüllt.

Bitte zutreffendes ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Gruppe 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001

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)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
---	Bettschutzeinlagen	51.40.01.4 _ _ _

3. Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift: PFLEGEBOX kostenlos Intoja GmbH Am Markt 1 53937 Schleiden	Institutionskennzeichen: IK 3305 3082 0
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

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

Unterschrift Kunde

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG



PFLEGEBOX
kostenlos

Leistungserbringer:
PFLEGEBOX kostenlos
Intoja GmbH
Am Markt 1
53937 Schleiden

Vorname:

Nachname:

Versicherten-Nr:

Geburtsdatum:

Hiermit erteile ich in freier Entscheidung meine Einwilligung, dass der o.g. Leistungserbringer die zu meiner Hilfsmittelversorgung notwendigen personenbezogenen Daten:

- Fotodokumentation
- Maßangaben
- Art des Hilfsmittels
- Angaben auf der Verordnung
- Leistungs- und Abrechnungsdaten
- sonstiges _____

an die behandelnden Ärzte, Therapeuten, Kostenträger, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der privaten Krankenversicherung oder deren Abrechnungsstelle sowie bei Bedarf an die beteiligten Auftragnehmer übermitteln darf. Die Daten werden ausschließlich zur Hilfsmittelversorgung genutzt und nicht anderweitig verwendet.

Hinweis: Ich bin darüber informiert, dass eine Einwilligung nicht verlangt werden kann und mir aus der Nichteinwilligung keine rechtlichen und tatsächlichen Nachteile entstehen. Ebenso, dass ich mein Einverständnis, ohne für mich nachteilige Folgen, jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die datenschutzrechtlichen Pflichtinformationen bei Erhebung von personenbezogenen Daten liegen im Unternehmen zur Einsicht aus und werden mir auf Anfrage zur Verfügung gestellt. Nach Widerruf werden meine Daten zu den o.g. Zwecken unverzüglich gelöscht; unberührt bleiben personenbezogene Gesundheitsdaten, die zu anderen Zwecken, insbesondere aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten, gespeichert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift des gerichtlich bestellten Betreuers
oder eingesetzten Bevollmächtigten
bei einwilligungsunfähigen Patienten

VOLLMACHT



PFLEGEBOX
kostenlos

ZUR UNTERZEICHNUNG VON LIEFERBESCHEINIGUNGEN
FÜR PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH

VOLLMACHTGEBER:

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Pflegekasse _____

Versicherungs-Nr. _____

GGF. VERTRETEN DURCH:

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

VOLLMACHTNEHMER:

Firma Intoja GmbH

Vorname Thomas

Nachname Jansen

Straße, Haus-Nr. Am Markt 1

PLZ, Ort 53937 Schleiden

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber oben genannten Vollmachtnehmer die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

WECHSELERKLÄRUNG



PFLEGEBOX
kostenlos

Leistungserbringer:
PFLEGEBOX kostenlos
Intoja GmbH
Am Markt 1
53937 Schleiden

Vorname:

Nachname:

Versicherten-Nr:

Geburtsdatum:

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:

PFLEGEBOX kostenlos

Intoja GmbH
Am Markt 1
53937 Schleiden

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die PFLEGEBOX kostenlos zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum

Unterschrift Kunde / gerichtlich bestellter
Betreuer oder eingesetzter Bevollmächtigter