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

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Versicherungsnummer)

(Name der Pflegeversicherung) (PLZ, Ort der Pflegeversicherung)

(Straße der Pflegeversicherung)

☐ **Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs.2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigten bis maximal di Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende kosten werden selbst getragen

Bitte benötigte Artikel ankreuzen

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	☐	**54.45.01.0001**
Einmalhandschuhe	☐	**54.99.01.1001**
Mundschutz	☐	**54.99.01.1001**
Schutzschürzen- Einmalgebrauch	☐	**54.99.01.3001**
Händedesinfektionsmittel	☐	**54.99.02.0001**
Flächendesinfektionsmittel	☐	**54.99.02.0002**

☒ **durch folgende Leistungserbringer:**

mycarebox, Hinter den Höfen 22, 37308 Geisleden ***IK-331607744***

(Name und Anschrift) (Institutionskennzeichen)

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.

X

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Diesen Teil lassen wir von Ihrer Pflegekasse ausfüllen.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ **PG 54**
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

☐ **PG 54** Beihilfeberechtigung
Bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40Abs. 2 SGB XI

☐ **PG 51** mit Zuzahlung

☐ **PG 51** ohne Zuzahlung

☐ **PG 51** mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

☐ **PG 51** ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Bestellung der mycarebox

Besteller: wie Antragsteller Kostenübernahme (vom Versicherten/bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

☐ Herr ☐ Frau

Welches Paket möchten Sie als erstes erhalten?
(Sie können jeden Monat eine neue Zusammenstellung wählen)

Box 1 ☐
200 Einmalhandschuhe
30 Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

Box 2 ☐
100 Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 Mundschutze
100 Schutzschürzen

Box 3 ☐
200 Einmalhandschuhe
70 Bettschutzeinlagen

Box 4 ☐
100 Einmalhandschuhe
50 Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

Box 5 ☐
300 Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

Box 6 ☐
100 Einmalhandschuhe
70 Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion

Sie benötigen eine abweichende, individuelle Zusammenstellung?
Dann besuchen Sie uns auf mycarebox.de und benutzen Sie unseren Konfigurator.

Einmalhandschuhe bitte in Größe: S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

Pflegeperson, z.B. Angehörige(r)

(Name, Vorname) (Telefon) (E-Mail, optional)

(Anschrift: Straße und Nr.; PLZ, Wohnort)

Lieferadresse

Ich möchte mycarebox geliefert bekommen (bitte ankreuzen)

☐ an meine eigene Adresse ☐ an die obige Adresse meiner/s Angehörigen, Pflegeperson

☐ an eine andere Adresse:

☐ Ich beauftrage mycarebox mit der Lieferung von Pflegehilfsmittel gem. §§78 I i.V.m. 40 II SGB XI sowie mit der Abrechnung der Kosten mit meiner Pflegekasse. Zudem bevollmächtige ich mycarebox, den von mir gestellten Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel an meine Pflegekasse weiterzuleiten, den Bescheid der Pflegekasse entgegenzunehmen und ggf. Rücksprache mit der Pflegekasse zu halten. Zum Zwecke der Vertragserfüllung und der Abrechnung dürfen meine persönlichen Daten durch mycarebox und die von ihr beauftragten Unternehmen erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

x (Ort und Datum) x (Unterschrift der/ des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)