

Antrag auf Kostenübernahme

zwecks Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r:

Frau

Herr

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Mobil

Krankenkasse

Versichertennummer

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer	Wird grundsätzlich benötigt			
Fingerlinge*	54.45.01.0001				
Einmalhandschuhe*	54.45.01.0001				
Mundschutz*	54.45.01.0001				
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)*	54.45.01.0001				
Schutzschürzen (Wiederverwendbar)*	54.45.01.0001				
Händedesinfektionsmittel*	54.99.02.0001				
Flächendesinfektionsmittel*	54.99.02.0002				
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)*	54.45.01.0001				
Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar, 75 x 85 cm)**	51.40.01.4	1 Stk. <input type="checkbox"/>	2 Stk. <input type="checkbox"/>	3 Stk. <input type="checkbox"/>	4 Stk. <input type="checkbox"/>

* Pflegehilfsmittel der Produktgruppe/PG 54 bis zum Maximum des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI bei Beihilferechnung bis höchstens 50% des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

**Pflegehilfsmittel zur Hygiene und Körperpflege (PG51) im Wert von 26,16€/Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Hiermit beauftrage ich die Hamburger Medical Box mit der Antragstellung, Belieferung und Abwicklung bezüglich der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln in meinem Namen bei meiner zuständigen Pflegekasse. Die Hamburger Medical Box darf hierzu meine Daten nutzen und die entsprechende Kommunikation in vollem Umfang übernehmen. Ich wurde informiert über mein Recht, die Erlaubnis zur Weitergabe meiner Daten an Dritte jederzeit zu widerrufen.

Solange die Leistungspflicht besteht befreie ich meine Pflegekasse von der Geheimhaltungspflicht. Bitte hinterlegen Sie die Hamburger Medical Box als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bestehende Leistungserbringer. Die gelieferten Hilfsmittel werden von mir im angegebenen Umfang ausschließlich für die private Pflege bezogen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich den AGBs und den Datenschutzbestimmungen der Hamburger Medical Box zu.



Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

IK 330205644

PG 54 bis 40,- € monatlich

PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zzgl.

PG 51 mit Zzgl.

PG 54 bis 20,- € monatlich

PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter

Datum:

IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift:

Bitte zurück an:

NAS Health and Care Consulting • Mittelweg 158a • DE-20148 Hamburg • info@hamburger-medical-box.de • Tel.: +49 (0)40 30 75 06 09

Bestellformular

zwecks Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Pflegebedürftige/r:
 gesetzlich / privat pflegeversichert – beihilfeberechtigt – über Ortsamt/Sozialamt versichert

m w d

 Vorname, Name

/ 1 2 3 4 5

 Pflegegrad E-Mail Telefon

Angehörige/r / Pflegeperson Bitte tragen Sie die wichtigste private Pflegeperson oder den/die Betreuer/in ein

m w d

 Vorname, Name

ja nein
 als Betreuer/in bevollmächtigt E-Mail Telefon

 Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner Schwieger-Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund/in, Bekannte/r

Gewählte Box: Box 1 Box 2 Box 3 Box 4 Box 5 Box 6
 individuell im persönlichen Telefonat zusammengestellt

Handschuhgröße: S M L XL

Lieferadresse: an den/die Pflegebedürftige/n an Pflegeperson oder den/die Angehörige/n

Rechnung an: an den/die Pflegebedürftige/n an Pflegeperson oder den/die Angehörige/n

Lieferrhythmus: monatlich alle 2 Monate (hierbei verfällt die Pauschale vom Vormonat)

Pflegedienst

Betreuender Pflegedienst (Name, Adresse, ggfls. Stempel)

Referenz-/Partnernummer: -----
 Der genannte Pflegedienst soll:
 - Über den gesetzlichen Anspruch auf Erstattung von zum Verbrauch bestimmten Pflegemitteln informieren.
 - Bei Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragsformulars unterstützen
 - In sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte einweisen

Abtretung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit erteilt ich der Hamburger Medical Box den Auftrag, die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch durch meine Pflegekasse zu beantragen, abzuwickeln und abzurechnen. Als Antragssteller und Leistungnehmer trete ich meinen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Hamburger Medical Box ab. Ich gestatte die Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen und sensiblen Daten zwecks Leistungserbringung durch die Hamburger Medical Box und deren Weitergabe an kooperierende Partner zu oben genanntem Zweck und habe jederzeit das Recht, mein Einverständnis schriftlich an info@hamburger-medical-box.de zu widerrufen. Weitere Informationen hierzu können den Datenschutzhinweisen entnommen werden.



Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r