



EVS Gruppe GmbH  
Bei dem Gerichte 9  
37445 Walkenried

EVS Gruppe GmbH • Bei dem Gerichte 9 • 37445 Walkenried

Tel.: +49 (0) 5525 - 999 793 0  
E: [info@evs-pflegevitalbox.de](mailto:info@evs-pflegevitalbox.de)  
[einkauf-vertrieb-service.de](mailto:einkauf-vertrieb-service.de)

Sehr geehrte(r) Herr Dachhdecker,

wir bedanken uns für Ihr Interesse an unserem EVS PflegeVitalBox-Service.

In drei einfachen Schritten erhalten Sie zukünftig Ihre kostenlosen Pflegehilfsmittel:

- 1** Auf dem „Bestellformular EVS PflegeVitalBox“ kreuzen Sie das gewünschte Produktsortiment an. Wählen Sie einfach aus, welche Produkte Sie regelmäßig bekommen möchten. Sie können natürlich auch jeden Monat die Inhalte Ihrer EVS PflegeVitalBox ändern. Ein kurzer Anruf, eine E-Mail oder ein Brief genügt
- 2** Bitte füllen Sie den „Antrag auf Kostenübernahme“ auf der Rückseite aus, den wir zur Erstattung bei der jeweiligen Kasse für Sie einreichen. Kreuzen Sie dort alle Produkte an, die in der gewünschten EVS PflegeVitalBox enthalten sind. Sie können gerne weitere Produkte ankreuzen, falls Ihr Bedarf sich ändert
- 3** Bitte unterschreiben Sie auf beiden Seiten des Formulars und senden dieses an uns zurück. Selbstverständlich können Sie Ihre Rückantwort portofrei verschicken. Ein entsprechender Rückumschlag liegt bei.

Wir freuen uns, Sie künftig mit Ihrer persönlichen EVS PflegeVitalBox beliefern zu dürfen und Ihnen damit die Pflege zu erleichtern!

Mit freundlichen Grüßen

*Ihre EVS Gruppe*

## Bequemer Rückversand



Per E-Mail. Eingesannt an [info@evs-pflegevitalbox.de](mailto:info@evs-pflegevitalbox.de)  
Portofrei per Post. Nutzen Sie die frankierte Vorlage

## Haben Sie noch Fragen?



Sie erreichen uns unter:  
**055259997930**

# Bestellformular

Zur Versorgung des Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Antragsnummer:  
BX2408121167



## 1.1 Versicherte/r:

<input checked="" type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname: Tom	Nachname: Dachhdecker
Straße, Nr.: Ortskamp 14		
Telefon.Nr.: 015734451087	PLZ, Ort: 30539 Hannover	

## 1.2 Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson zu Kontaktzwecken im Rahmen der Leistungserbringung):

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon.Nr.:
PLZ, Ort:	E-Mail:	

## 1.3 Pflegedienst (falls vorhanden):

Name Pflegedienst:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

## 1.4 Auswahl Ihrer EVS PflegeVitalBox: Häufigkeit der Lieferung: monatlich Menge

Flächendesinfektion (500 ml)	1
Flächendesinfektionstücher (80 Stück)	1
Einmalhandschuhe 100 St. <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL Ich bin allergisch auf <input type="checkbox"/> keine <input checked="" type="checkbox"/> Nitril <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Latex	1

## 1.5 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm) (Wenn Sie nicht befreit sind, fällt eine Rezeptgebühr in Höhe von 10% an)

Stückzahl (nach Bedarf): 1
<input checked="" type="checkbox"/> Ich habe die AGB (evs-pflegevitalbox.de/agb/) zur Kenntnis genommen.
<input checked="" type="checkbox"/> Ich stimme den Datenschutzhinweisen sowie der Verarbeitung meiner Daten sowie meiner Angaben zu Pflegegrad und Pflege/Krankenkasse zu Bearbeitungs- und Beratungszwecken und der Kontaktaufnahme per Telefon und E-Mail zu. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.



12.08.2024

Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

**Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation**

Dachhdecker, Tom      2|0|1|1|2|0|0|0      Y|4|3|9|6|2|3|4|9|6  
 Name, Vorname      Geburtsdatum      Versichertennummer

Ortskamp 14,, 30539 HannoverAOK Baden-Württemberg

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

- ☒ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<u>1</u> <u>0</u> <u>0</u> <u>  </u>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>5</u>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>0</u>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<u>  </u> <u>8</u> <u>0</u> <u>  </u>	

- ☒ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge ein- tragen	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4090	1 Stück	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>1</u>	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
EVS Gruppe GmbH Bei dem Gerichte 9 37445 Walkenried	3   3   0   3   1   3   6   6   7

☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ Beratung in den Geschäftsräumen  
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)  
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder  
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)  
 beraten.

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in:

☒ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

1 | 2 | 0 | 8 | 2 | 0 | 2 | 4

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**☐ PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 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)

# Ablehnung der persönlichen Beratung

(sofern Beratung nicht gewünscht)



Zur eindeutigen Zuordnung benötigen wir auf diesem Formular die Daten der pflegebedürftigen Person:

<input checked="" type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname: Tom	Nachname: Dachhdecker
Versichertennummer: Y439623496		

Rund um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch steht Ihnen eine persönliche Beratung zu. Wenn Sie kein Beratungsgespräch wünschen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Mit dieser Unterschrift lehnen Sie die Beratung freiwillig ab und werden umgehend nach Genehmigung mit den benötigten Pflegehilfsmitteln versorgt.

**Ich bin ausreichend über die Produkte, deren Anwendung und den Zweck der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch informiert und möchte keine zusätzliche Beratung wahrnehmen.**



12.08.2024

Datum



*[Handwritten signature]*

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

**So kommen Ihre Dokumente ganz einfach zu uns:**



## Ausfüllhilfe 1/2



In dieser Anleitung zeigen wir Ihnen, wie Sie das Antragsformular „Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation“ ausfüllen. Es umfasst zwei Seiten. Für die Beantragung von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch ist es erforderlich, beide Seiten vollständig auszufüllen.

Nachname und Vorname der pflegebedürftigen Person

Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person

Versichertennummer der pflegebedürftigen Person (wie auf der Gesundheitskarte)

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort der pflegebedürftigen Person

Bitte ankreuzen, wenn Sie Pflegehilfsmittel beantragen möchten.

**Hinweis:** Die EVS Pflege-VitalBox liefert nur bis zu einem monatlichen Höchstbetrag von 40 €. Für unseren Service fallen keine Kosten für Sie an.

Bei Bedarf an Handschuhen: Bitte Handschuhgröße und eventuelle Allergien auf dem Blatt „Bestellformular“ angeben.

Kreuzen Sie an, wenn Sie waschbare Bettschutzeinlagen beantragen möchten.

**Hinweis:** Dieses Produkt gehört nicht zu den Pflegehilfsmitteln im Wert von bis zu 40 €. Mit der EVS PflegeVitalBox bekommen Sie es kostenlos (auch ohne Zuzahlung).

AC/Tks: 11 00 P50 / 15 00 P50 / 19 00 P50

**Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.99.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzversetten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stück		

Pflegekasse der pflegebedürftigen Person, die der Krankenkasse entspricht

Hier tragen Sie für jedes Produkt, das in Ihrer EVS PflegeVitalBox enthalten sein soll, die monatlich benötigte Menge ein. Bei der telefonischen Beratung unterstützen wir Sie gerne dabei, die passende Menge zu ermitteln.

Auf Basis Ihres Bedarfs berechnen wir dann die Anzahl der Packungen für Sie.

**Hinweis:** Sollte sich Ihr Bedarf an Pflegehilfsmitteln ändern, können Sie die Zusammenstellung Ihrer EVS PflegeVitalBox jederzeit anpassen.

Tragen Sie die benötigte Menge pro Jahr ein (maximal 4), um zusätzliche waschbare Bettschutzeinlagen zu beantragen.

## Beispiele

### Mengenangaben – Einmalhandschuhe

Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	150
---	---------------	---------	-----

Geben Sie hier an, wie viele einzelne Handschuhe Sie monatlich benötigen. Im Beispiel erhalten Sie 200 Stück, was 100 Paar Handschuhe entspricht. Wir verteilen diese Menge dann auf die passende Anzahl an Packungen.

### Mengenangaben – Flüssigkeiten

Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	3
--------------------------	---------------	--------	---

Geben Sie hier die Menge an flüssigem Händedesinfektionsmittel an, die Sie monatlich benötigen (in 100 ml). In diesem Beispiel erhalten Sie 500 ml Desinfektionsmittel pro Monat (100 ml x 5 = 500 ml = 0,5 Liter). Diese Menge wird dann auf die entsprechende Anzahl an Packungen verteilt.



In dieser Anleitung zeigen wir Ihnen, wie Sie das Antragsformular „Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation“ ausfüllen. Es umfasst zwei Seiten. Für die Beantragung von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch ist es erforderlich, beide Seiten vollständig auszufüllen.

Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn Sie ein Beratungsgespräch mit uns geführt haben.  
Wenn Sie kein Beratungsgespräch wünschen, lassen Sie diesen Bereich leer und füllen Sie das Formular „Ablehnung der persönlichen Beratung“ aus.

Ankreuzen, um zu bestätigen, dass Sie beraten wurden.

Bitte ankreuzen, auf welche Weise die Beratung stattgefunden hat.

Bitte ankreuzen, ob die Beratung für die pflegebedürftige Person selbst oder für eine angehörige Person durchgeführt wurde.

Ankreuzen, um zu bestätigen, dass Sie über Folgendes informiert wurden:

- Die Produkte dürfen ausschließlich von privaten Pflegepersonen in der häuslichen Pflege verwendet werden.
- Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für genehmigte Pflegehilfsmittel bis zu einem Höchstbetrag von 40 € pro Monat.

**Hinweis:** Die EVS Pflege-VitalBox liefert nur bis zu einem monatlichen Höchstbetrag von 40 €. Durch unseren Service entstehen Ihnen keine Kosten.

AC/TK: 19 00 P52

durch folgenden Leistungserbringer:		Institutionskennzeichen
Name und Anschrift (Stempel) EVS Gruppe GmbH Bei dem Gerichte 9 37445 Walkenried		3 3 0 3 1 3 6 7

☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- weiche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

☐ Beratung in den Geschäftsräumen  
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)  
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

☐ mich persönlich und/oder meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung: \_\_\_\_\_

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Versicherten: \_\_\_\_\_

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	
(Datum)	(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Datum der Beratung eintragen

Dieses Feld frei lassen.  
Für die Pflegekasse:  
Auf Nachfrage.

Der Antrag wird von der pflegebedürftigen Person oder ihrem/r Bevollmächtigten unterschrieben.

Bitte diesen Bereich für die Pflegekasse freilassen.

Aktuelles Datum eintragen