



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
einkauf-vertrieb-service.de

Sehr geehrte(r)

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
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!

1.1 Versicherte/r:

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

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:

Menge

Einmalhandschuhe 100 St.	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL
Ich bin allergisch auf	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Nitril <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Latex

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

Stückzahl (nach Bedarf):

- ☐ Ich habe die AGB (evs-pflegevitalbox.de/agb/) zur Kenntnis genommen.
- ☐ 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.



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen									
EVS Gruppe GmbH Bei dem Gerichte 9 37445 Walkenried	<table><tr><td>3</td><td>3</td><td>0</td><td>3</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	3	3	0	3	1	3	6	6	7
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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)

Wechselerklärung

zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



Dieses Formular dient der Kenntnissnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Pflegehilfsmittelversorgung.

Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname: <input type="text"/>	Nachname: <input type="text"/>
Straße, Nr.: <input type="text"/>		Telefon/Mobil: <input type="text"/>	
Adresszusatz: <input type="text"/>		PLZ, Ort: <input type="text"/>	

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

EVS Gruppe GmbH
Bei dem Gerichte 9
37445 Walkenried

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

EVS Gruppe GmbH
Bei dem Gerichte 9
37445 Walkenried
Telefon: +49 (0) 5525 999 793 0

330313667
IK-Nr. des Leistungserbringers

Dort nehme ich _____ den Service der monatlichen „EVS-PflegeVitalBox-Lieferung“ in Anspruch. Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Ablehnung der persönlichen Beratung

(sofern Beratung nicht gewünscht)



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

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Versichertennummer:			

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.



Datum



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
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
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		
Schutzversetzen 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
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stück		

5

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

I. Allgemeine Geschäftsbedingungen

§ 1 Grundlegende Bestimmungen

(1) Die nachstehenden Geschäftsbedingungen gelten für Verträge, die Sie mit uns als Sanitätshaus (**EVS Gruppe GmbH, Bei dem Gerichte 9, 37745 Walkenried**, nachfolgend „Anbieter“) über die Internetseite [evs-pflegevitalbox.de](#) schließen. Soweit nicht anders vereinbart, wird der Einbeziehung gegebenenfalls von Ihnen verwendeter eigener Bedingungen widersprochen.

(2) Verbraucher im Sinne der nachstehenden Regelungen ist jede natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu Zwecken abschließt, die überwiegend weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden kann. Unternehmer ist jede natürliche oder juristische Person oder eine rechtsfähige Personengesellschaft, die bei Abschluss eines Rechtsgeschäfts in Ausübung ihrer selbständigen beruflichen oder gewerblichen Tätigkeit handelt.

§ 2 Gegenstand des Vertrages

(1) Unser Angebot richtet sich überwiegend an pflegebedürftige Verbraucher, welche einen Pflegegrad erhalten und damit Anspruch auf Kostenübernahme der EVS PflegeVitalBox haben. Dabei kann es sich sowohl um eine Neuantragstellung als auch um einen Wechsel des Vertragspartners bei bereits vorliegender Genehmigung durch den Kostenträger handeln.

(2) Gegenstand des Vertrages ist der Verkauf von Waren im Abonnement-Service, insbesondere Pflegehilfsmittel, sowie die entsprechende Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch die zuständige Pflege- bzw. Krankenkasse. Die Produkte innerhalb der EVS PflegeVitalBox können durch Sie regelmäßig ausgetauscht werden.

§ 3 Zustandekommen des Vertrages; Abtretung

(1) Unsere Angebote im Internet sind unverbindlich und kein verbindliches Angebot zum Abschluss eines Vertrages.

(2.1.) Zustandekommen des Vertrages mittels Online-Warenkorbsystem

Sie können sowohl als Versicherter als auch als Angehöriger oder Pflegeperson, welche über eine entsprechende Bevollmächtigung zum Abschluss dieses Vertrages für den Versicherten verfügt, ein verbindliches Kaufangebot (Bestellung) über das Online-Warenkorbsystem abgeben.

Dabei werden Ihnen über den Button „Pflegehilfsmittel beantragen“ die zur Verfügung stehenden Waren angezeigt. Die zum Kauf beabsichtigten Waren werden durch Auswahl der Box, Angabe von Größe und Anzahl der Waren im „Warenkorb“ abgelegt. Diese Waren werden in einer EVS PflegeVitalBox zusammengefügt. Sie können jederzeit Änderungen vornehmen. Nach Anklicken der Schaltfläche „Weiter zu Ihren Kontaktdaten“ (oder ähnliche Bezeichnung) und der Eingabe der persönlichen Daten (auch zum Pflegegrad) und den Daten Ihrer Krankenkasse, ggf. den Daten des Pflegenden bzw. Angehörigen sowie den Lieferbedingungen werden Ihnen abschließend die Bestelldaten als Bestellübersicht angezeigt.

Vor Absenden der Bestellung haben Sie die Möglichkeit, die Angaben in der Bestellübersicht nochmals zu überprüfen, zu ändern (auch über die Funktion „zurück“ des Internetbrowsers) bzw. die Bestellung abbrechen.

Mit dem Absenden der Bestellung über die entsprechende Schaltfläche „Zur EVS PflegeVitalBox“ geben Sie ein verbindliches Angebot bei uns ab.

Sie erhalten zunächst eine automatische E-Mail über den Eingang Ihrer Bestellung, die noch nicht zum Vertragsschluss führt.

(2.2.) Zustandekommen des Vertrages mittels Formular

Sie können sowohl als Versicherter als auch als Angehöriger oder Pflegeperson, welche über eine entsprechende Bevollmächtigung zum Abschluss dieses Vertrages für den Versicherten verfügt, ein verbindliches Kaufangebot (Bestellung) abgeben, in dem Sie den Antrag in unserem Portal herunterladen, ausfüllen und uns in Textform (z. B. per E-Mail) oder postalisch zukommen lassen.

Sie erhalten zunächst eine E-Mail über den Eingang Ihrer Bestellung, die noch nicht zum Vertragsschluss führt.

(2.3.) Zustandekommen des Vertrages postalisch

Sie können sowohl als Versicherter als auch als Angehöriger oder Pflegeperson, welche über eine entsprechende Bevollmächtigung zum Abschluss dieses Vertrages für den Versicherten verfügt, ein verbindliches Kaufangebot (Bestellung) abgeben, in dem wir Ihnen den Antrag postalisch übermitteln, Sie diesen ausfüllen und uns in Textform (z. B. per E-Mail) oder postalisch zukommen lassen.

Sie erhalten zunächst eine E-Mail über den Eingang Ihrer Bestellung, die noch nicht zum Vertragsschluss führt.

(3) Nach Eingang Ihrer Bestellung, beantragen wir die Kostenübernahme unserer EVS PflegeVitalBox bei der für Sie zuständigen Pflege- bzw. Krankenkasse. Nach Genehmigung durch den Kostenträger, veranlassen wir die entsprechende Abrechnung. Anschließend erfolgt die Annahme des Angebots (und damit der Vertragsabschluss) durch Bestätigung in Textform (z.B. E-Mail), in welcher Ihnen die Ausführung der Bestellung oder Auslieferung der Ware bestätigt wird (Auftragsbestätigung).

(4) Der Vertragsschluss steht unter dem Vorbehalt der Zusage der Kostenübernahme durch die zuständige Pflege- oder Krankenkasse. Sofern die Kostenübernahme durch den Kostenträger abgelehnt wird, informieren wir Sie unverzüglich.

(5) Bei Beantragung der Impulsebox durch einen Angehörigen oder Pflegenden behalten wir uns vor, hinsichtlich der gemachten Angaben im Bestellprozess stichprobenartige Überprüfungen vorzunehmen.

(6) Die Abwicklung der Bestellung und Übermittlung aller im Zusammenhang mit dem Vertragsschluss erforderlichen Informationen erfolgt per E-Mail zum Teil automatisiert. Sie haben deshalb sicherzustellen, dass die von Ihnen bei uns hinterlegte E-Mail-Adresse zutreffend ist, der Empfang der E-Mails technisch sichergestellt und insbesondere nicht durch SPAM-Filter verhindert wird.

(7) Der Antrag auf Kostenübernahme bei dem zuständigen Kostenträger enthält auch eine Abtretung Ihres Kostenerstattungsanspruchs gegenüber Ihrer Pflegekasse an uns sowie unsere Beauftragung für die Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch die Pflegekassen nebst Abrechnung.

§ 4 Vertragslaufzeit; Kündigung bei Abonnement-Verträgen; Pausieren

(1) Der zwischen Ihnen und uns geschlossene Abonnement-Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann von beiden Seiten mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende gekündigt werden.

(2) Der zwischen Ihnen und uns geschlossene Abonnement-Vertrag endet automatisch, sobald sich der Versichertenstatus ändert, insbesondere mit dem Tod des Versicherten oder dem Verlassen des Pflegegrades.

(3) Bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus oder bei Besuch einer medizinischen Rehabilitation, besteht während des Aufenthalts kein Anspruch auf Pflegehilfsmittelversorgung, sodass eine Pausierung des Abonnement bis zu drei Monate vorgenommen werden kann. Die Pausierung bedarf der rechtzeitigen Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail).

(4) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere wenn die Voraussetzungen der Kostenübernahme der Pflegehilfsmittel nicht mehr vorliegen, bleibt hiervon unberührt.

(5) Jede Kündigung muss entweder in Textform (z.B. E-Mail) oder über die auf unserer Internetpräsenz eingebundene Kündigungsschaltfläche („Verträge hier kündigen“ oder ähnliche Bezeichnung) erklärt und übermittelt werden.

§ 5 Mitwirkungspflichten

(1) Sie sind verpflichtet, sämtliche Änderungen der zur Erfüllung des Vertrages notwendigen Daten und Umstände sowie einen Wechsel der Produkte innerhalb der EVS PflegeVitalBox unverzüglich mitzuteilen.

(2) Sofern Mitteilungen durch Sie verspätet erfolgen und uns dadurch weitere Kosten entstehen, insbesondere weil keine weitere Kostenübernahme durch den Kostenträger erfolgt, sind diese Kosten durch Sie zu tragen.

§ 6 Zurückbehaltungsrecht, Eigentumsvorbehalt

(1) Ein Zurückbehaltungsrecht können Sie nur ausüben, soweit es sich um Forderungen aus demselben Vertragsverhältnis handelt.

(2) Die Ware bleibt bis zur vollständigen Zahlung des Kaufpreises unser Eigentum.

§ 7 Gewährleistung

(1) Es bestehen die gesetzlichen Mängelhaftungsrechte.

(2) Als Verbraucher werden Sie gebeten, die Ware bei Lieferung umgehend auf Vollständigkeit, offensichtliche Mängel und Transportschäden zu überprüfen und uns sowie dem Spediteur Beanstandungen schnellstmöglich mitzuteilen. Kommen Sie dem nicht nach, hat dies keine Auswirkung auf Ihre gesetzlichen Gewährleistungsansprüche.

(3) Soweit ein Merkmal der Ware von den objektiven Anforderungen abweicht, gilt die Abweichung nur dann als vereinbart, wenn Sie vor Abgabe der Vertragserklärung durch uns über selbige in Kenntnis gesetzt wurden und die Abweichung ausdrücklich und gesondert zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurde.

§ 8 Rechtswahl, Erfüllungsort, Gerichtsstand

(1) Es gilt deutsches Recht. Bei Verbrauchern gilt diese Rechtswahl nur, soweit hierdurch der durch zwingende Bestimmungen des Rechts des Staates des gewöhnlichen Aufenthaltes des Verbrauchers gewährte Schutz nicht entzogen wird (Günstigkeitsprinzip).

(2) Erfüllungsort für alle Leistungen aus den mit uns bestehenden Geschäftsbeziehungen sowie Gerichtsstand ist unser Sitz, soweit Sie nicht Verbraucher, sondern Kaufmann, juristische Person des öffentlichen Rechts oder öffentlich-rechtliches Sondervermögen sind. Dasselbe gilt, wenn Sie keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland oder der EU haben oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist. Die Befugnis, auch das Gericht an einem anderen gesetzlichen Gerichtsstand anzurufen, bleibt hiervon unberührt.

(3) Die Bestimmungen des UN-Kaufrechts finden ausdrücklich keine Anwendung.

II. Kundeninformationen

1. Identität des Anbieters

EVS Gruppe GmbH
An dem Gerichte 9
37445 Walkenried
Telefon: +49 (0) 5525 9997930
Telefax: +49 (0) 5525 9997934
E-Mail: info@evs-gruppe.de

Alternative Streitbeilegung:

Die Europäische Kommission stellt eine Plattform für die außergerichtliche Online-Streitbeilegung (OS-Plattform) bereit, aufrufbar unter <https://ec.europa.eu/odr>.

Wir sind nicht bereit, an Streitbeilegungsverfahren vor Verbraucherschlichtungsstellen teilzunehmen.

2. Informationen zum Zustandekommen des Vertrages

Die technischen Schritte zum Vertragsschluss, der Vertragsschluss selbst und die Korrekturmöglichkeiten erfolgen nach Maßgabe der Regelungen "Zustandekommen des Vertrages" unserer Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Teil I.).

3. Vertragssprache, Vertragstextspeicherung

3.1. Vertragssprache ist deutsch.

3.2. Der vollständige Vertragstext wird von uns nicht gespeichert. Vor Absenden der Bestellung über das Online - Warenkorbsystem können die Vertragsdaten über die Druckfunktion des Browsers ausgedruckt oder elektronisch gesichert werden. Nach Zugang der Bestellung bei uns werden die Bestelldaten, die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen bei Fernabsatzverträgen und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen nochmals per E-Mail an Sie übersandt.

3.3. Bei Angebotsanfragen außerhalb des Online-Warenkorbsystems erhalten Sie alle Vertragsdaten im Rahmen eines verbindlichen Angebotes in Textform übersandt, z.B. per E-Mail, welche Sie ausdrucken oder elektronisch sichern können.

4. Wesentliche Merkmale der Ware oder Dienstleistung

Die wesentlichen Merkmale der Ware und/oder Dienstleistung finden sich im jeweiligen Angebot.

5. Preise und Zahlungsmodalitäten

5.1. Die in den jeweiligen Angeboten angeführten Preise in Höhe von 0,00 € stellen Gesamtpreise dar. Sie beinhalten alle Preisbestandteile einschließlich aller anfallenden Steuern. Nach Bestätigung der Kostenübernahme durch die zuständige Pflege- bzw. Krankenkasse ist unsere EVS PflegeVitalBox für Sie kostenfrei. Wir rechnen den abgetretenen Kostenerstattungsanspruch selbständig gegenüber dem Kostenträger ab.

5.2. Es fallen keine Versandkosten an.

6. Lieferbedingungen

6.1. Die Lieferbedingungen, der Liefertermin sowie gegebenenfalls bestehende Lieferbeschränkungen finden sich unter einer entsprechend bezeichneten Schaltfläche auf unserer Internetpräsenz oder im jeweiligen Angebot.

6.2. Soweit sich innerhalb des Angebots keine Informationen zu den Lieferbedingungen oder Lieferterminen befinden, erfolgt die Lieferung der EVS PflegeVitalBox erstmalig xx Tage nach Kostenzusage durch den Kostenträger. Anschließend erfolgt die Lieferung der EVS PflegeVitalBox monatlich zum vereinbarten Liefertermin.

6.3. Soweit Sie Verbraucher sind, ist gesetzlich geregelt, dass die Gefahr des zufälligen Untergangs und der zufälligen Verschlechterung der verkauften Sache während der Versendung erst mit der Übergabe der Ware an Sie übergeht, unabhängig davon, ob die Versendung versichert oder unversichert erfolgt. Dies gilt nicht, wenn Sie eigenständig ein nicht vom Unternehmer benanntes Transportunternehmen oder eine sonst zur Ausführung der Versendung bestimmte Person beauftragt haben.

7. Gesetzliches Mängelhaftungsrecht

Die Mängelhaftung richtet sich nach der Regelung "Gewährleistung" in unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Teil I.).

8. Vertragslaufzeit / Kündigung

Informationen zur Laufzeit des Vertrages sowie den Kündigungsbedingungen finden Sie in der Regelung "Vertragslaufzeit / Kündigung bei Abonnement-Verträgen" in unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Teil II), sowie im jeweiligen Angebot.