

## Versicherte/r:

1.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
-----	------	------	----------	-----------

## Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in):

1.2	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:	
PLZ, Ort:			E-Mail:	






## Pflegedienst (falls vorhanden):

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

## Lieferung der Box an:

1.4	den Versicherten	den Angehörigen	den Pflegedienst
-----	------------------	-----------------	------------------

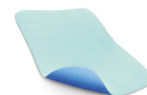
## Bitte wählen Sie eine Variante der curabox (gewünschte Box ankreuzen, monatlich wechselbar):

1.5	 25 Stk. 100 Stk. 500 ml <b>2x 500 ml</b>	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	1	 25 Stk. <b>2x 100 Stk.</b> 500 ml 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	2
	 - - <b>2x 100 Stk.</b> <b>2x 500 ml</b> 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	3	 - - <b>2x 100 Stk.</b> 500 ml <b>2x 500 ml</b>	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	4
	 <b>2x 25 Stk.</b> - - 500 ml 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	5	Individuelle curabox (Auswahlmöglichkeiten siehe 2.3 ) <b>Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		6

## Einmalhandschuhe (Größe):

S	M	L	XL
---	---	---	----

## Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

☒ Ohne Aufpreis    ☒ Bis zu 300 Mal waschbar


## Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die web care LBJ GmbH (Spitalerstraße 32 in 20095 Hamburg; Tel: 040 226 161 60; Registergericht: HRB; Registernummer: 117601; Geschäftsführer Lars Kilchert, Nils Tholen) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die web care LBJ GmbH ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die web care LBJ GmbH zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzhinweise (einzusehen unter: <https://pflege.de/datenschutz/>) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an [betroffenenrechte@pflege.de](mailto:betroffenenrechte@pflege.de)) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB der curabox und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzusehen am Ende des Dokuments). Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der web care LBJ GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

**Versicherte/r:**

Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

2.1	Herr      Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:		Telefon/Mobil*:	
PLZ, Ort*:			
E-Mail:		Geburtsdatum*:	
Krankenkasse*:		Pflegegrad*:    1        2        3        4        5	
Versichertennr.*:		Pflegegrad/-stufe seit: Monat _____ Jahr _____	

Denken Sie an **Krankenkasse** und **Versichertennummer**.**Antrag auf Kostenübernahme:**

2.2	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe ( <b>PG 54</b> ) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
-----	---

2.3	Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
		Bettgeschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
		Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
		Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
		Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
		Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
		Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

**Wiederverwendbare Bettgeschutzeinlagen:**

2.4	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene ( <b>PG 51</b> ) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.
-----	---

2.5	Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
	1      2      3      4	Wiederverwendbare Bettgeschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die web care LBJ GmbH (curabox von pflege.de) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die web care LBJ GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der web care LBJ GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die web care LBJ GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.


  
Datum


  
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)
**Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)**Bitte zurück an die Faxnummer **040 226 161 645****IK #330204518**☐ PG 54 bis 40,- € monatlich☐ PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter☐ PG 54 bis 20,- € monatlich☐ PG 51 ohne Zzlg.☐ PG 51 mit Zzlg.☐ PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

Datum \_\_\_\_\_

IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

# Ausfüllhilfe Bestellformular

## Wichtig:

Bitte füllen Sie Formular **1 Bestellformular** und **2 Antrag auf Kostenübernahme** aus.

**1.1 Versicherte/r:** Persönliche Daten des Versicherten.

**1.2 Angehörige/r:** Persönliche Daten des Angehörigen, bzw. der Pflegeperson oder des Betreuers.

**1.3 Pflegedienst:** Informationen zum betreuenden Pflegedienst (falls vorhanden).

**1.4 Lieferung der Box an:** Empfänger der curabox ankreuzen.

**1.5 Angaben zur curabox (monatlich änderbar):**  
Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Variante. Später jederzeit per E-Mail, Post oder Telefon änderbar.

**Einmalhandschuhe:** Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Handschuhgröße. Die Handschuhe werden standardmäßig in hochwertigem Vinyl (Weiß) geliefert.

**Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:**  
Bitte ankreuzen, wenn Sie zusätzlich kostenlos  
wiederverwendbare Bettschutzeinlagen erhalten  
wollen (für Sie 0,00 € statt 26,16 €).

Wenn gewünscht, erhalten Sie diese in einer separaten Lieferung.

# 1

## Bestellformular

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI  
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

**curabox**  
von pflege.de

**Versicherte/r:**

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

**Angehörige/r** (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in):

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

**Pflegedienst** (falls vorhanden):

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

**Lieferung der Box an:**

1.4	<input type="checkbox"/> den Versicherten <input type="checkbox"/> den Angehörigen	an:
-----	--	-----

**Bitte wählen Sie eine Variante der curabox (gewünschte Menge und Wechselzahl):**

1.5	<input type="checkbox"/> 25 Stk. 100 Stk. 500 ml 2x 500 ml	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> 2x 100 Stk. 500 ml 500 ml	2	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel
	<input type="checkbox"/> 2x 10 Stk. 2x 50 500 ml	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> 2x 100 Stk. 500 ml 2x 500 ml	3	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel
	<input type="checkbox"/> 2x 25 Stk. - - 500 ml 500 ml	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Ich möchte meine curabox individuell zusammenstellen. Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:	4	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel
	<input type="checkbox"/> 2x 25 Stk. - - 500 ml 500 ml	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Ich möchte meine curabox individuell zusammenstellen. Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:	5	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel
	<input type="checkbox"/> 2x 25 Stk. - - 500 ml 500 ml	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Ich möchte meine curabox individuell zusammenstellen. Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:	6	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel

**Einmalhandschuhe (Größe):**

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> <b>Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ohne Aufpreis <input checked="" type="checkbox"/> Bis zu 300 Mal waschbar
--	---

**Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB** (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die web care LSI GmbH (Spitalerstraße 32 in 20095 Hamburg; Tel: 040 226 161 60; Registergericht: HRB; Registernummer: 117901; Geschäftsführer: Lars Kichert, Sabine Schöler) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungseinkäufer meinen etwaigen Kostenüberlassungsanspruch gemäß §38b SGB XII gegenüber der Pflegekasse an die web care LSI GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung und akzeptiere die AGB der curabox (einsehe ich unter: www.curabox.de/agb)

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigter(r)

\*web care LSI GmbH

curabox von pflege.de | Spitalerstraße 32 | D-20095 Hamburg | Fax 040 226 161 645 | Telefon 0800 666 222 141 | E-Mail: curabox@pflege.de | IK #33204518

 **Hinweis:** Datum und Unterschrift nicht vergessen.

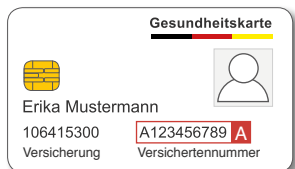


Die Ausfüllhilfe für Formular **2 Antrag auf Kostenübernahme** finden Sie auf der Rückseite **(bitte wenden)**

## Wichtig:

Bitte füllen Sie Formular **1 Bestellformular** und **2 Antrag auf Kostenübernahme** aus.

### 2.1 Versicherte/r: Persönliche Daten des Versicherten.



### 2.2 Antrag auf Kostenübernahme: Bitte ankreuzen, wenn Sie kostenlose Pflegehilfsmittel benötigen.

### 2.3 Benötigte Pflegehilfsmittel: Bitte kreuzen Sie die Inhalte an, die Sie für Ihre bei **1.5** gewählte Boxvariante benötigen.

**Unser Tipp:** Um später zwischen den Boxen 1-5 problemlos wechseln zu können, wählen Sie folgende Inhalte aus:

*Bettsschutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Händedesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel.*

### 2.4 Wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen: Bitte ankreuzen, wenn Sie wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen benötigen.

### 2.5 Kreuzen Sie außerdem an, wie viele dieser Bettsschutzeinlagen Sie jährlich benötigen.

**Unser Tipp:** Wählen Sie 4 Bettsschutzeinlagen aus, damit Sie diese häufiger wechseln können.

## 2 Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI  
Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

curabox  
von pflege.de

Versicherte/r: Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

2.1 ☐ Herr ☐ Frau Vorname\*: Nachname\*:  
Straße, Nr.\*: Telefon/Mobil\*:  
PLZ, Ort\*: Geburtsdatum\*:  
E-Mail\*: Krankenkasse\*: Pflegegrad\*: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5  
Versichertennr.\*:  A Pflegegrad/-stufe seit: Monat: Jahr:   
Denken Sie an **Krankenkasse** und **Versichertennummer**.

#### Antrag auf Kostenübernahme:

2.2 ☐ Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI.

2.3 Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Bettsschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (pudert)	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Händedesinf.	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinf.	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Wundverbände (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Wundverbände (Wiederverwendbar)	54.99.01.3001

#### Wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen:

2.4 ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

2.5 Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

☒ Datum ☒ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Ich beauftrage die web care LBJ GmbH (curabox von pflege.de) mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die web care LBJ GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Meine Daten dürfen von web care LBJ zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

#### Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer 040 226 161 645  
☐ PG 54 bis 40,- € monatlich ☐ PG 51 ohne Zzgl./Beihilferechtiger ☐ PG 51 mit Zzgl./Beihilferechtiger  
☐ PG 54 bis 20,- € monatlich ☐ PG 51 ohne Zzgl. ☐ PG 51 mit Zzgl. ☐ PG 51 mit Zzgl./Beihilferechtiger  
 Datum: IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift: IK #330204518

© web care LBJ GmbH  
curabox von pflege.de | Spitalerstraße 32 | D-20095 Hamburg | Fax 040 226 161 645 | Telefon 0800 666 222 141 | E-Mail curabox@pflege.de | IK #330204518

**Hinweis:** Datum und Unterschrift nicht vergessen.

Beide Formulare ( **1**, **2** ) unterschrieben zurückschicken an:



**Portofrei per Post:**

Mit beiliegendem Rückumschlag



**per Fax:**

040 226 161 645



**per E-Mail:**

curabox@pflege.de



Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse ein. Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere für Sie! Die Genehmigung erfolgt innerhalb von max. 4 Wochen. Nach Erhalt der Genehmigung erhalten Sie umgehend Ihre gewünschte curabox.

Wir möchten Ihnen den Rückversand so einfach wie möglich machen:

- 1** Entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden.
- 2** Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben.
- 3** Beide Formulare unterschrieben in den Umschlag stecken.
- 4** Briefumschlag nur noch in den Briefkasten werfen.  
**Wir übernehmen das Porto für Sie!**

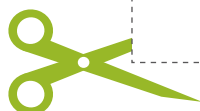
**i** Alternativ können Sie uns die Formulare auch per Fax **040 226 161 645** oder per E-Mail an **curabox@pflege.de** zukommen lassen.

**curabox**  
von pflege.de

Porto  
zahlt  
Empfänger

**Deutsche Post**  
**ANTWORT**

web care LBJ GmbH  
- curabox von pflege.de  
Spitalerstraße 32  
D-20095 Hamburg



# Allgemeine Geschäftsbedingungen für die Leistungen der curabox

**1. Allgemeines**  
Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen der web care LBJ GmbH, Spitalerstr. 32, 20095 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 226 161 60, Fax: +49 (0) 40 226 161 610, E-Mail: info@pflege.de (nachfolgend „Anbieter“), gelten für alle Verträge zwischen dem Besteller des Produktes curabox und dem Anbieter im Zusammenhang mit der Lieferung des Produktes curabox, sowie weiterer mit dem curabox Angebot zusammenhängender Leistungen des Anbieters in ihrer zum Zeitpunkt der Beauftragung gültigen Fassung. Abweichende Bedingungen werden nicht anerkannt, es sei denn, der Anbieter stimmt ihrer Geltung vorher ausdrücklich schriftlich zu. Erfolgt die Beauftragung der Leistungen im Zusammenhang mit der curabox über pflege.de, z.B. über das unter curabox.de aufrufbare Online-Portal, gelten hierfür ergänzend dessen Nutzungsbedingungen sowie die Datenschutzerklärung des Anbieters.

**2. Leistungsangebot der curabox und curabox Service**  
**2.1** Das Leistungsangebot der curabox umfasst die Versorgung des Bestellers mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch durch den Anbieter sowie auf Anforderung des Bestellers auch die entsprechende Beantragung/Abwicklung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse des Bestellers (nachfolgend gemeinsam bezeichnet als „curabox Service“). Das Leistungsangebot richtet sich hauptsächlich an pflegebedürftige Verbraucher, die einen Pflegegrad erhalten haben und zu Hause oder in einer Wohngruppe o.Ä. gepflegt werden, sowie an deren pflegende Angehörige oder gesetzliche Vertreter. Der Besteller wird mit einer von ihm ausgewählten Zusammenstellung an erstattungsfähigen Pflegehilfsmitteln beliefert. Die gewählte Zusammenstellung sowie der gewählte Belieferungszeitraum können von dem Besteller innerhalb einer Frist von 14 Tagen vor Aussendung der jeweils neuen Lieferung angepasst werden. Wählt der Besteller die Lieferung der curabox mit curabox Service, d.h. mit der Beauftragung des Anbieters zur Antragstellung an die Pflegekasse des Bestellers, so setzt dies die Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs, welcher dem Besteller gegenüber der Pflegekasse für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zusteht, an den Anbieter voraus. **2.2** Der Anbieter ist berechtigt, für das unter 2.1. genannte Angebot Dritte als Dienstleister und Erfüllungsgehilfen mit der Erbringung von Teilen oder des ganzen Leistungsspektrums zu beauftragen.

**3. Auftragserteilung / Bevollmächtigung / Abtretungserklärung**  
**3.1** Der Besteller sendet dem Anbieter bzgl. der Lieferung der curabox ein Bestellformular als Ausdruck oder per E-Mail/Fax oder digital über das online Portal (curabox.de) zu. Die Übersendung des Bestellformulars stellt ein Angebot an den Anbieter zum Abschluss eines Kaufvertrages dar. Nach Eingang des Formulars sendet der Anbieter i.d.R. eine Bestellbestätigung über den Eingang der Bestellung an den Besteller, wobei diese Bestellbestätigung lediglich den Empfang der Bestellung bestätigt, sie stellt keine Annahme der Bestellung dar. Ein Kaufvertrag kommt zustande durch Versand einer separaten Versandbestätigung per E-Mail oder durch Auslieferung der Ware ohne schriftliche Bestätigung i.d.R. innerhalb von 14 Tagen. **3.2** Für den curabox Service sendet der Besteller einen Kostenübernahmeantrag an den Anbieter, welcher anschließend durch den Anbieter bearbeitet und an die Pflegekasse des Bestellers weitergeleitet wird. Dieser Kostenübernahmeantrag enthält auch eine Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs des Bestellers gegenüber seiner Pflegekasse an den Anbieter sowie die Beauftragung des Anbieters für die Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch die Pflegekassen inklusive der Abrechnung. Mit seiner Unterschrift auf dem Kostenübernahmeantrag erklärt der Besteller bzw. dessen gesetzlicher Vertreter die Zustimmung, dass der Anbieter für die Antragsstellung und -abwicklung der Pflegeleistungen im Namen des Bestellers bevollmächtigt ist. **3.3** Sobald der Anbieter die vollständig ausgefüllten Formulare erhalten hat, leitet der Anbieter den Kostenübernahmeantrag an die zuständige(n) Pflegekasse(n) weiter. Nach Antragstellung prüft die Pflegekasse, ob ein Anspruch des Bestellers auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln besteht. Liegen die Voraussetzungen hierfür vor, wird die Leistung durch die Pflegekasse bewilligt. Der Besteller wird über diesen Schritt entweder gesondert von dem Anbieter informiert oder er erhält direkt die gewünschte Zusammenstellung der curabox. Die Bewilligung der Leistungen kann durch die Pflegekassen auch befristet werden. Bei befristeten Bewilligungen muss der Besteller nach Ablauf einen erneuten Antrag bzgl. des curabox Service übersenden. Sollte dem Besteller nach Mitteilung seiner Pflegekasse überhaupt kein Anspruch auf die Versorgung von Pflegehilfsmitteln zustehen, wird der Besteller i.d.R. von dem Anbieter informiert, dass die Beauftragung des Anbieters für die Leistungen der curabox abgelehnt wird. Der Besteller kann dann entscheiden, ob er die curabox ohne Kostenerstattung bestellt, die Bestellung storniert oder Widerspruch gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse einlegen möchte. Der Anbieter behält sich Kostenerstattungs- und Schadenersatzansprüche hinsichtlich gelieferter und nicht bezahlter Produkte vor.

**4. Lieferung der Pflegehilfsmittel / Abrechnung**  
**4.1** Der Anbieter liefert an den Besteller oder an die von ihm bestimmten Dritten (z.B. Angehörige) die ausgewählte Zusammenstellung der Pflegehilfsmittel monatlich oder in anderweitig vereinbarten Zeitabständen. Wurde der curabox Service in Anspruch genommen und die Kostenerstattung bewilligt, so erfolgt die Lieferung versandkostenfrei und die Abrechnung der Lieferung erfolgt durch den Anbieter bei gesetzlich versicherten Bestellem direkt mit der Pflegekasse des Bestellers. **4.2** Erlischt der Anspruch auf die Kostenübernahme wird der Besteller den Anbieter unmittelbar in Kenntnis setzen. Dem Anbieter steht dann ein außerordentlichen Kündigungsrecht zu. Kostenerstattungsansprüche des Anbieters bzgl. gelieferter, aber nicht erstatteter Produkte bleiben unberührt.

**5. Kündigung**  
Das Vertragsverhältnis für die Leistungen der curabox kann von beiden Seiten jederzeit mit einer Frist von 14 Tagen zum Kalendermonatsende gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Die Kündigung hat schriftlich oder in Textform per Brief, Fax oder E-Mail zu erfolgen.

**6. Mängel bei gelieferter Ware**  
**6.1** Alle Angaben zu den Inhalten der curabox sind freibleibend und unverbindlich. Die Produktabbildungen müssen nicht immer mit dem Aussehen der gelieferten Produkte übereinstimmen. Insbesondere kann es nach Sortimenteserneuerungen der Hersteller zu Veränderungen im Aussehen und in der Ausstattung von Artikeln kommen. Mängelansprüche bestehen diesbezüglich insoweit nicht, als die Veränderungen für den Besteller zumutbar sind. **6.2** Liefert der Anbieter die Ware nicht in der üblichen Beschaffenheit, hat ihn der Besteller hierüber unverzüglich zu informieren. Der Anbieter hat in diesem Fall innerhalb von 28 Tagen ab Mitteilung des Mangels die Ersatzware nachzuliefern. Der Anbieter kann die Nacherfüllung verweigern, wenn sie nur zu unverhältnismäßigen Kosten möglich ist. Der Anbieter ist berechtigt mindestens zwei Nacherfüllungsversuche vorzunehmen. Nach zwei gescheiterten Versuchen der Nacherfüllung oder einer nicht erfolgten Nacherfüllung kann der Kunde von dem Vertrag zurücktreten oder unter den gesetzlichen Voraussetzungen Schadenersatz oder Ersatz vergeblicher Aufwendungen verlangen.

**7. Widerruf**  
Als Verbraucher steht dem Besteller grundsätzlich ein Widerrufsrecht zu, über welches er im Folgenden belehrt wird. Das Widerrufsrecht findet allerdings keine Anwendung für Verträge zur Lieferung versiegelter Waren, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder der Hygiene nicht zur Rückgabe geeignet sind, wenn ihre Versiegelung nach der Lieferung entfernt wurde.

**Widerrufsbelehrung**  
Sie oder Ihr gesetzlicher Vertreter haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie oder ein von ihnen benannter Dritter, der nicht Beförderer ist, die erste Ware in Besitz genommen haben bzw. hat. Um das Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (web care LBJ GmbH, Spitalerstr. 32, 20095 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 226 161 60, Fax: +49 (0) 40 226 161 610, E-Mail: info@pflege.de) mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

**Widerrufsfolgen**  
Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen oder Ihrer Pflegekasse erhalten haben, einschließlich ggf. Lieferkosten unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tage ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über den Widerruf dieses Vertrages bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel und denselben Zahlungsempfänger, das, bzw. der bei der ursprünglichen Transaktion verwendet wurde; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Waren zurückerhalten haben oder Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Waren zurückgesandt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist. Sie haben die Ware unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag, an Sie uns über den Widerruf dieses Vertrages unterrichten, an die web care LBJ GmbH, Spitalerstr. 32, 20095 Hamburg, zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von 14 Tagen absenden. Sie haben die unmittelbaren Kosten der Rücksendung zu tragen. Für einen Wertverlust der Waren haben Sie nur aufzukommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang zurückzuführen ist.

**Ende der Widerrufsbelehrung**

**Muster - Widerrufsformular**  
Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren / die Erbringung der folgenden Leistung...  
Bestellt am ... / Erhalten am ...  
Name des Verbrauchers...  
Anschrift des Verbrauchers...  
Unterschrift des Verbrauchers...  
Datum...

**8. Haftung**  
**8.1** Der Anbieter haftet auf Schadenersatz – gleich aus welchem Rechtsgrund – nur bei Vorsatz, grober Fahrlässigkeit und leicht fahrlässiger Verletzung wesentlicher Vertragspflichten (Kardinalpflichten). Wesentliche Vertragspflichten sind solche, deren Erfüllung zur Erreichung des Ziels des Vertrags notwendig ist. **8.2** Bei leicht fahrlässiger Verletzung wesentlicher Vertragspflichten ist die Haftung des Anbieters begrenzt auf den Ersatz des vertrags-typischen, vorhersehbaren Schadens. Insbesondere mittelbare Schäden werden nicht ersetzt. **8.3** Die vorstehenden Haftungsbeschränkungen gelten auch zugunsten der gesetzlichen Vertreter und Erfüllungsgehilfen des Anbieters. **8.4** Die vorstehenden Haftungsbeschränkungen gelten nicht für schuldhaft verursachte Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit. Die Vorschriften des Produkthaftungsgesetzes bleiben unberührt.

**9. Schlussvereinbarung**  
**9.1** Mit der Einsendung des Bestellformulars willigt der Besteller ein, dass seine personenbezogenen Daten und ebenfalls Gesundheitsdaten (sofern zur Auftragsbearbeitung erforderlich) von dem Anbieter zum Zwecke der Erbringung des gewünschten curabox Leistungsangebotes und zugehörigen Information erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Dies erfolgt sowohl durch den Anbieter als Verantwortlichen selbst, als auch durch Dritte, denen die Daten weitergegeben werden (z.B. die Krankenkasse des Bestellers, Versanddienstleister). Weitere Informationen kann der Besteller jederzeit in den Datenschutzhinweisen des Anbieters einsehen <https://www.curabox.de/datenschutz>. Der Besteller kann der Verarbeitung seiner Daten jederzeit widersprechen, z.B. mit einer E-Mail an [betroffenenrechte@pflege.de](mailto:betroffenenrechte@pflege.de). **9.2** Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Geschäftsbedingungen bedürfen der Textform. Das gilt auch für einen Verzicht auf dieses Formerfordernis. **9.3** Der Vertrag unterliegt deutschem Recht. **9.4** Als Gerichtsstand wird, soweit zulässig, Hamburg vereinbart.