



# Bestellformular Pflegebox bei Pflege Teufel

Stellen Sie Ihre individuelle Box zusammen



1

## Name der/des Antragstellers

(Nur für Rückfragen: Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau:	<input checked="" type="checkbox"/>		Herr:	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vorname:	Maria		Name:	Schmidt	
Straße/Nr.:	Musterstraße 123		PLZ/Ort:	51063 Köln	
Telefon:	+49 221 12345678		E-Mail:	maria.schmidt@example.com	
Pflegegrad (Bitte unbedingt angeben!)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 Ich habe einen Pflegegrad beantragt				
Versicherte(r) ist:	<input checked="" type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input checked="" type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input checked="" type="checkbox"/> beihilferechtigt				
Über Ortsamt/Sozialamt versichert. Wenn ja, welches Ortsamt/Sozialamt: sozialamt					

2

## Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

Frau:	<input checked="" type="checkbox"/>		Herr:	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vorname:	Thomas		Name:	Schmidt	
Straße/Nr.:	Beispielweg 45		PLZ/Ort:	50667 Köln	
Telefon:	+49 221 98765432		E-Mail:	thomas.schmidt@example.com	
Pflegeperson ist:	<input checked="" type="checkbox"/> Familienangehörige(r) <input checked="" type="checkbox"/> Private Pflegeperson <input checked="" type="checkbox"/> Gesetzlich bestellte(r) Betreuer(in)				

3

## Pflegebox

Stellen Sie sich Ihre individuelle Pflegebox nach Ihren Bedürfnissen zusammen

<input checked="" type="checkbox"/> Bettgeschutzeinlagen	<input checked="" type="checkbox"/> Fingerlinge	<input checked="" type="checkbox"/> FFP2 Masken
<input checked="" type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> Mundschutz	<input checked="" type="checkbox"/> Esslätzchen
<input checked="" type="checkbox"/> Schutzschürzen lang (einmal verwendbar)	<input checked="" type="checkbox"/> Schutzschürzen lang (wieder verwendbar)	
<input checked="" type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/> Flächendesinfektionstücher	
<input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel		
Handschuhgröße: <input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> L <input checked="" type="checkbox"/> XL	Handschuhmaterial: <input checked="" type="checkbox"/> Nitril <input checked="" type="checkbox"/> Vinyl <input checked="" type="checkbox"/> Latex	

4

## Lieferadresse

Die monatliche Lieferung an:

<input checked="" type="checkbox"/> die/die Versicherte(r)/Pflegebedürftige(n)	<input checked="" type="checkbox"/> die/den Angehörige(n)/Pflegeperson
--	--

ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!

5

## Rechnungsempfänger

<input checked="" type="checkbox"/> Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)	<input checked="" type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson
--	--

6

☒ Ich habe die AGB (<https://pflege-teufel.de/policies/privacy-policy>) zur Kenntnis genommen.

☒ Ich bin damit einverstanden, dass die Agentur Pflege Teufel, Regentenstr. 88 51063 Köln, die mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsleistungen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an [info@pflege-teufel.de](mailto:info@pflege-teufel.de) oder per Post an Agentur Pflege Teufel, Regentenstr. 88 51063 Köln widerrufen.

Information zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Agentur Pflege Teufel: Sie können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter <https://pflege-teufel.de/policies/privacy-policy> abrufbar sind.

Firma

Unterschrift Versicherte(r)	und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)
-----------------------------	--

Bitte füllen Sie den umseitigen Antrag aus, damit die Kosten für Ihre Pflegebox von der



Bestellformular Pflegebox

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Musterstraße 123, 51063 Köln

Schmidt, Maria

15.03.1955

A123456789

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

adresse

AOK Rheinland/Hamburg

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 14) – 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 14)				
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0000	1 Stück	2085	2090
Fingerlinge (Latex, unsteril, für Latexallergiker latextfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	2205	2210
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril, für Latexallergiker latextfrei, unsteril)	54.99.01.1000	1 Stück	2385	2390
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	2505	2510
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	2685	2690
Schuttschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	1 Stück	2805	2810
Schuttschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	2985	2990
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	3105	3110
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0000	100 ml	3285	Bei 100 ml bitte den Faktor 5 beifügen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	3405	1.000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	3585	3590
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	3645	3650

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge/Faktor eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	51.40.01.14	1 Stück	4305	4310

Bestellformular Pflegebox

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Agentur Pflege Teufel Regentenstraße 88 51063 Köln	5   9   0   5   2   3   2   2   8

☐ 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

(Datum)

- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung
- ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Empfänger/Pflegekasse:

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

- - - - - Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages - - - - -

## Wechselerklärung

Name Versicherter \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter  
zum \_\_\_\_\_.

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem \_\_\_\_\_

möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

**Pflege Teufel**  
**Regentenstraße 88**  
**51063 Köln**

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die proSenio GmbH zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift