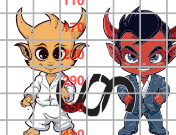


1

# 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 type="checkbox"/>	Herr:	<input type="checkbox"/>
Vorname:		Name:	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Pflegegrad (Bitte unbedingt angeben!):	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ich habe einen Pflegegrad beantragt	
Versicherte(r) ist:	<input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilferechtigt		
<input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert. Wenn ja, welches Ortsamt/Sozialamt:			

2

## Angehörige(r)/Pflegeperson

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

Frau:	<input type="checkbox"/>	Herr:	<input type="checkbox"/>
Vorname:		Name:	
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Pflegeperson ist:	<input type="checkbox"/> Familienangehörige(r) <input type="checkbox"/> Private Pflegeperson <input type="checkbox"/> Gesetzlich bestellte(r) Betreuer(in)		

3

## Pflegebox

Stellen Sie sich Ihre individuelle Pflegebox nach Ihren Bedürfnissen zusammen

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

4

## Lieferadresse Die monatliche Lieferung an

<input type="checkbox"/> die/die Versicherte(r)/Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> die/den Angehörige(n)/Pflegeperson
ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!	

5

## Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilferechtigten

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

6

<input type="checkbox"/> Ich habe die AGE (https://pflege-teufel.de/policies/privacy-policy) zur Kenntnis genommen.	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die Agentur Pflege Teufel, Regentenstr. 88, 51063 Köln, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsleistungen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch 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 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.	
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

Name, Vorname		Geburtsdatum		Versichertennummer	
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort		Pflegekasse			
Ich beantrage die Kostenübernahme für:					
<input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.					
Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung	
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)					
saugende Bettstuhlzeinelagen (Einmalgebrauch)		54.45.01.0001	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 (FFP-2 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		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch		54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001	100 ml	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei	
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002	100 ml	1000 ml – bitte den Faktor 10 eintragen	
Händedesinfektionstücher		54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher		54.99.02.0015	1 Stück		
<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.					
Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung	
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)					
Saugende Bettstuhlzeinelagen (wiederverwendbar)		51.40.01.4	1 Stück		
(Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen)					

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