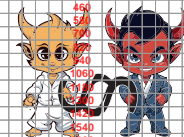


1

Bestellformular Pflegebox bei Pflege Teufel

Stellen Sie Ihre individuelle Box zusammen



1 Name der/des Antragsteller(in) (Nur für Rückfragen: Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)

Bitte an Druckbuchstaben ausfüllen

Frau: ☒ Herr: ☒
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: ☒ 1 ☒ 2 ☒ 3 ☒ 4 ☒ 5 Ich habe einen Pflegegrad beantragt
Versichert ist: ☒ gesetzlich pflegeversichert ☒ privat pflegeversichert ☒ beihilferechtigt
☒ Unfall-/Ortsamt/Sozialamt versichert. Wenn ja, welches Ortsamt/Sozialamt: sozialamt

2 Angehörige(r)/Pflegeperson(en) (Bitte die wichtigsten private Pflegeperson(en) oder die(n) Betreuer(in) eintragen)

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

3 Pflegebox

Stellen Sie sich Ihre individuelle Pflegebox nach Ihren Bedürfnissen zusammen

☒ Bettsonntzeutlagen ☒ Fingerlinge ☒ FFP2 Masken
☒ Einmalhandschuhe ☒ Mundschutz ☒ Essstäbchen
☒ Schutzschürzen lang (einmal verwendbar) ☒ Schutzschürzen lang (wiederverwendbar)
☒ Flächen-Desinfektionsmittel ☒ Flächen-Desinfektionstücher
☒ Hände-Desinfektionsmittel

Handschuhgröße: ☒ XS ☒ S ☒ M ☒ L ☒ XL Handschuhmaterial: ☒ Nitri ☒ Vinyl ☒ Latex

4 Lieferadresse (Die natürliche Lieferung an)

☒ die/den Versicherten(n) ☒ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson(en)
ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und einsenden zurückschicken!

5 Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilferechtigten

☒ Versicherte(r)/Pflegeperson(en) ☒ Angehörige(r)/Pflegeperson

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

☒ Ich bin als Bevollmächtigter der Agentur Pflege Teufel, Regentstr. 88 51063 Köln, die vorab zur Verarbeitung meiner Daten über Pflege Teufel Gesundheitsdaten zu informieren, meine Einwilligung erteilt sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten und kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an info@pflege-teufel.de oder per Post an Agentur Pflege Teufel, Regentstr. 88 51063 Köln widerrufen.
Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Agentur Pflege Teufel können Sie den beiliegenden Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter https://pflege-teufel.de/policies/privacy-policy abrufbar sind.

FirmaUnterschrift Versicherten(n) ☒ oder Unterschrift Bevollmächtigter(r)

Bitte senden Sie den rechteitigen Antrag mit den Kosten für Ihre Pflegebox vor

Bestellformular Pflegebox

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Musterstraße 123, 51063 Köln

Schmidt, Maria

15.03.1950

A123456789

Name/Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
adresse..		

Anschrift: Straße, Plz., Wohnort	Pflegekasse
----------------------------------	-------------

Ich beantrage die Kostenübernahme für

☐ zur Pflege bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI, bei Beihilfeberechtigten bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge eintragen	Faktor	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)					
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	51.40.01.000	1 Stück			
Fragehinhalte (Latex, unsteril, für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	52.09.01.000	1 Stück			
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril, für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.09.01.100	1 Stück			
Medizinische Gesichtsmasken	54.09.01.200	1 Stück			
Partikelfiltrierende Halbmasken FFP-2 oder höher, gleichzeitige Masken	54.09.01.500	1 Stück			
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.09.01.300	1 Stück			
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.09.01.3002	1 Stück			
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.09.01.400	1 Stück			
Händedesinfektionsmittel	54.09.02.000	100 ml			Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei
Flächendesinfektionsmittel	54.09.02.0002	100 ml			1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Händedesinfektionstücher	54.09.02.001	1 Stück			
Flächendesinfektionstücher	54.09.02.0015	1 Stück			

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Saugende Bettschutzeinlagen	51.40.01.000	1 Stück		
wiederverwendbar	(Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen)			

	17660	17670	17680	17690	17700	17710	17720	17730	17740	17750																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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