

Bestellformular Pflegebox bei Pflege Teufel Stellen Sie ihre individuelle Box zusammen



Name där/des Anthagstelleit 1 Bitte n Druckbuchstaben ausfüllen X Herr: 70 90 Maria Schmidt Vorname₂₉ Name Straße/Ne Musterstraße 123 PLZ/Ort 51063 Kain +49 221 12345678 maria.schimidt@example.com Telefon: E-Mail: X Pflegegratt (Bitte unbeditigt angeben 1/2) Ich habe einten Pflegegrad Weantragt Versicher (460, 1) ist. 💢 gesetzlich oftegewersichert 🗽 (490 ivat oftegewessichert 🛪 u 😽 Ortsamt/Sozialamt versicingt. Wenn jal 💏 Iches Ortsa 📆 Sozialamt 🚾 Sozialamt Angehönge(r)/Pflegeperson Bitte dig wichtigste dippate Pflegerison oder die Betreuer beintrage X Frau Herr Thomas Schmidt Vorname Name Straße/N Beispielweg 45 PLZ/Ort: 50667 Köln E-Mail: Telefon +49 **22**1 987654**3**2 thomas **sc**hmidt@example.com Pflegeperson s X Familienangehöffer(r) X Private Pflegeperson Gesetzlich besteller(r) Betreuer(n) Pflegeböx Stellen Stellen Stellen Ihre indt duelle Pfleget ox nach Ihret Bedürfnisset zusammen X Bettschutzeinlagen **X**⁹¹29bingerlinge K FFP2 Masken X Einmandschuhe Mundschutz ? **K** Esslät⁹⁵⁷⁰hen X Schulleschürzen land (einmal verweisthar) Kenchutzschürzen lang (wiedenverwendbar Flachendesinfektionszaittet Kizidachendesintektionstücher X Hängegesinfektionshittel Handschillsan röße: X Siess X M X Hangschuhmatelen X Nitri Lieferagresse De 1335 natliche Lidterung an Angehörige(n)/Pflegenerson X die/densaversicherte(menPflegehedurmenge(n) ACHTUNG: 1911te beilieger 136 Vollmacht 1313 füllen und 1313 Ins zurücks 1310en!

Rechnumgsempfämger

New bei privat Versicherten und der Beinilfeberechtigten

X Versicherte(r)/Pflegenggrürftige(r)

X Argehörige(r)/Pflegeperson

Ich bin daffilleinverstanden, dass die Agentur Pflege 1640 fel. Regentensti. 185 1 063 Köln, die informieraty/veine Enwilligung 1921ent sich ausdrufweif auch auf die Veiger jederzeit 1984 Virkung für die Zukänft ber E-Mail an interapheeutel die des 390 juliung von Gesun<mark>essie</mark>itsdaten als bespr<mark>isest</mark>e Kategorie persesien bezogene Boger Post an Agent**sn P**flege Teufel, Reg**este**nstr. 88, 5,1063 K**ölst N**iderrufen.

ersonenbezbeenegszad ep-policy abrufbar sissio

Hirma

Unterschrift Versicherter Unterschrift Bevollmachtigte(r

Bestellformular Pflegebox

1100	1130 1250 1370 1490	1140 1150 1260 1270 1380 1390 1500 1510	116b 128b 140b 152b	1170 1290 1410 1530	1180 1190 1300 1310 1420 1430 1540 1550
Anlage 2 — Antrag auf Kostenüb	1610 1730 1850 ernanme	1620 1740 1860 1870 1870 1870 1870 1870 1870	jsdokumei	ntation 1890	1660 1670 1780 1790 1900 1910 2020 2030
2180 2190 2200 2200 2200 2500 2560 2560	2210 2330 2450 2570	2220 2230 2340 2350 2460 2470 2580 2590	2240 2360 2480 2600	2250 2370 2490 2610	2260 2270 2380 2390 2500 2510 2620 2630
2660 2670 2680 2790 2800 2900 2910 2920 3040 3040	3 3.19	2700 2710 2820 2830 2910 2950 3070 3070	272b (84b /	23456	2750 2870 2870 2870 2890 3410
320 320 300 300 300 300 300 300 300 300	3290 3410 3530	3186 3190 3310 3310 3420 3430 3550	332D 344D 356D	3330 3450 3570	320 3280 3340 3350 3460 3470 3590 3590
Name 3620 3640 Geburtsd 3750 3760 3760 3860 3860 3860 3860 3860 3860 3860 38	3770 3890 4010	3660 367b 3780 379b 3900 391b 4020 8 4030	3800	ennummer 3930	3700 3710 3820 3830 3940 3950 4060 4070
adeesse 4110 4120 4240 4240 4240 4240 4240 4240	4130 4250 4370 4490	4020 4140 4260 4260 4300 4300 4300 4300 4300 4300 4300 43			1190 130 4310 4430 450 450
Anschrit: Straße, Hez., Wohnort480 470 470 4820 4830 4840 489 489 489 489 489 489	4610 4730 4850	4620 4630 4740 4750 4860 4870	7620 Piliegei 4760 4880	(asse 4650 4770 4890	4660 4670 4780 4790 4900 4910
ich beantrage die Kostenübernahme für	5090 5210 5330	\$100	512b 524b 536b	513b 513b 525b 537b	5140 5150 5260 5270 5380 5390
550 550 550 550 550 550 550 550 550 550	5020	EO40 EOE0	Ench	5070	Enon Enon
trages and S 40 Alosatz 2 SGB 1/2 bei Beihil nach 1/2 Absatz 2/3/GB XI. Darüber hinausg	6170	6780 6190			0Chstrages (611) 622) (623) 634) (635)
6500 6510 6520 6620 6630 6640 6700 6700 6700	6530 6650	654b 655b 666b 667b 678b 679b	656b 668b	6570 6690 6810	(45) (45) (45) (47) (47) (47) (47) (47) (47) (47) (47
Bezeichnung	713D	Pflegehilfsmittel 7140 positionsnummer	Reche ²²	Menge/Fak-	Erläüterung 707b 718b 719b 719b 730b 731b
7,549 / 7,550 / 7,450 / 7,460 / 7,550	7/490 7/610 7739	7500 7510 7620 7630 7749 7769	7520 7640 7769	eintragen	7620 7430 7550 7650 7660 7670 7700
782D 783D 784D Zum V	erbrauch be	s tim mte Pfleg efäl lfs	mittel (PG 54)	7890 8010	7900 7910 8020 8030 8140 8150
saugääde Bettschillzeinlagen Einmalgebrau	8210 8630 8450	1 9(2) 1 9(4) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 Stürgab 8480	8250 8370 8490	8260 8270 8380 8390 8500 8510 9630 9630
Fingesinge (Latex der) unsteril füßelatexallergi	8930 9050	5 462 9 9 . 0 1 . 0 0 0 1833 b 894 b 995 997 b	1 STÜGA	8730 8850 8970	874) 875) 886) 8870 898) 899)
Einmathandschuhe (Latex, unsteril; für Late	917b 929b *********************************	9180 9190 9300 9310 5 4209 01 1 00 19430	9200 9320 1 Stü ck 0	9210 9330 9450	9220 9230 9340 9350 9460 9470
ker latexfrei, unstealt) 964b 970 970 980	9650 9770 9890	9660 9670 9780 9790 9900 9910	968D 980D 980D	969b 981b 933b	9700 9710 9820 9830 9940 9950
Mediganische Gesigatsmasken 10000 1020 1020 10340 10340 10340	10010 10130 10250 10370	5 4020 9 0 1 2 0 0 10030 10150 10270 10380 10390	1 Stürele 10160 10280 10400	10050 10170 10290 10410	1000 10070 10180 10190 1030 10310 10420 10430
PartikedfiltrierendesselabmaskenedfFP-2 ode	10490 104/02 1	10500 10510 54639 9 . 0 1 . 5 0 0 10630 10740 10750 10860 10870	10520 1 STÜ (M0 10760 10880	10530 10650 10770 10890	10540 10550 10660 10670 10780 10790 10900 10910
1000 1000	10970 11090 11210 11330	10980 10990 11100 11110 542499 0 3 3 0 0 1230 11340 11350	11000 11120 1 STUCKO 11360	11010 11130 11250 11370	11030 11030 11140 11150 11260 11270 11380 11390
11420 11430 11440 11540 11550 11560 11660 11670 11680 Schutzschurzen - wederverwend Dar	11450 11570 11690	11460 11470 11580 11590 11700 11770 44899 0 0 3 3 0 0 21830	11480 11600 11720	11490 11610 11730 11850	11500 11510 11620 11630 11740 11750 11860 11870
11900 11900 11900 11900 11900 11900 11900 11900 119010 12010 12110	11930 12050 12170	11940 11950 12060 12070 12180 12190	11960 12080 12200	12090 12210	11940 11940 12140 12110 12220 12230
12510 12510 12640 12640 12740 12740	12290 12410 12530 12650 12770	5 244 0 9 0 1 4 0 0 12430 12540 12550 12660 12670 12780 12790	1 Sture 10 12500 12600 12800	12450 12450 12570 12690 12810	12340 12350 12460 12470 12580 12590 12700 1270 12820 12830
Händedesinfektion mittel	12890	1290 12900 12900 1300 1310 13260 13270	100 1300	12930 13050 13170	Bei 300 ml bitte 13070 13190
13340 13350 13360 13480 13480 13480 13480 13480 13480 13680	13370 13490 13610	1320 13360 13500 13500 13500 13500 13500 13500 13500 13500 13500 13500 13500 13500	13280 13400 13520 100 13640	13290 13410 13530 13650	denistaktor 5 belissio 19540 1000ml bitte deer
13940 13950 13960 14060 14070 14080	13730 13850 13970	13740 13750 13860 13870 13980 13990	13880 14000	1\$890 1\$890 14010	Fak 406 10 eintragesi
14300 14300 14320 14320 14440	14330 14450	5 1230 9 . 0 2 . 0 0 1 14230 14350 1	1 Stures	14250 14370 14490 14610	14260 14270 14380 14390 14500 1450 14620 14630 14740 14750
Flächtig desinfektig stücher 14560	14690	51/5809.02.001 \$4590 18709	1 Stütten	14730	14740 14750

	D = 16110	16120	Della a a la ilitalia de la late	1 :416140	16150	D _ 1,16160	16170	E-1461/0	16190
Ш	DEZEMINUTIS 16230	16240	rnegennamitte	iposidenisiiu	16270	RECIPER	wengezun-	Enauterung	16310
	16340 16350	16360	16370	16380	16390	16400	16410	16420	16430
	16460 16470	16480	16490	16500	16510	größes20	tranen6530	16540	16550
П	16580 16590	16600	16610	16620	16630	16640	16650	16660	16670
Πĺ	16700 16710	16720	16730_	16740	16750	16760	16770	16780	16790
	16820Pfledehilfsmittel	Lzur Korper	pflege/Hygiene	und 2010 Lind	erungwon B	eschwerden (P(_ 5)6890	16900	16910
П	16040 16060	16560	16016	16080	16000	17000	17010	17020	17030
Πĺ	17060 17070 .	17080	F 3 4 0 0 17090	17100	17110	17120	17130	17140	17150
	Saugende Bettschutzei	niagen 17200	5 I . #U . U 1/2/1	17220	17230	I Stutzko	17250	17260	17270
П	17300 17310	17320	17330	17340	17350	17360	17370	17380	17390
П	wio d'448 corwondh d'430	17440	(Ritto di 274BE-2+0)	2 S+17462 n Ar	a an zd*49	17480	17490	17500	17510
П	VVICUTS40VCIVVCIIUDG7550	17560	(DILLE DILLET	1 7 2 177580 11 41	9a11247590	17600	17610	17620	17630
Т.	17000 17070	47000	47000	47700	47740	47770	47720	477/0	17750

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 Pflegehilfs umfassend beraten, insbesondere darüber we Versorgungssituation geeignet und notwendig	Iche Produkte und Verso		
Form des Beratungsgesprächs:	Beratung in den G Individuelle telefo Beratung in der H	nische oder digitale Beratung (z.B. Videochat)	
Der o. g. Leistungserbringer hat	mich persönlich u meine Betreuungs Ange-hörigen) be	person (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder	
Datum der Beratung:			
Beratende/r Mitarbeiter/in:			
☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass nahmslos für die häusliche Pflege durch eine gen der Tagespflege) verwendet werden dürfe ☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass of finanziellen Umfang übernimmt, für die ich ei Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistu	private Pflegeperson (und en. die Pflegekasse die Koste ne Kostenübernahmeerk	n nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem lärung durch die Pflegekasse erhalten habe.	
Datum	Unterschrift der/	des Versicherten	
*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetz	l. Vertreters bei Personen, di	e das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	
Genehmigungsvermerk der Pflegekasse		551 mit Zuzahlung 551 ohne Zuzahlung	
□ PG 54	□ PC	5 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages	5.51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter		
nach § 40 Absatz 2 SGB XI		-	
☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der F	lälfte des monatlichen Höch:	stbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	
(Datum)	(IK der	Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)	

	Absender:
	Name
Empfänger/Pflegekasse:	Straße
	DI 7. Ovt
	PLZ, Ort
- Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im F	Fenster des Briefumschlages – – – – – – – – – – – – – – – – – – –
Wechselerklärung	
Name Versicherter	
Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
	Datum
Sehr geehrte Damen und Herren,	
hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbra	auch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter
zum	
Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.	
Ab dem	
möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von fo	lgendem Leistungsanbieter beziehen:
Pflege Teufel	·g - · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Regentenstraße 88	
51063 Köln	
Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die proSeni	io GmbH zu übertragen.
Mit freundlichen Grüßen	
Unterschrift	