



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"/> beihilfeberechtigt	
<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"/> Bettschutzeinlagen	<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: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL
 Handschuhmaterial: ☐ Nitril ☐ Vinyl ☐ Latex

4

Lieferadresse Die monatliche Lieferung an

<input type="checkbox"/> die/den Versicherte(n)/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 Beihilfeberechtigten

<input type="checkbox"/> Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r) 1	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson 2
--	--

6

☐ Ich habe die AGB (<https://pflegeteufel.de/policies/privacy-policy>) zur Kenntnis genommen.
☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Agentur Pflege Teufel, Regentenstr. 88, 51063 Köln, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsthemen 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@pflegeteufel.de oder per Post an Agentur Pflege Teufel, Regentenstr. 88, 51063 Köln widerrufen.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Agentur Pflege Teufel können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter <https://pflegeteufel.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



Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge ein- tragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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