

# Antrag auf Kostenübernahme

Herr  Frau **Daten der/des Versicherten/Pflegebedürftigen**

|              |  |                    |     |
|--------------|--|--------------------|-----|
| Name         |  | Vorname            |     |
| Straße       |  | Nr.                | PLZ |
| Geburtsdatum |  | Pflegekasse        |     |
| Pflegegrad   |  | Versichertennummer |     |
| Telefon      |  | E-Mail Adresse     |     |



**Your Care Box**  
Pflegehilfsmittel

**Your Care Box Pflegehilfsmittel**  
Glockenstr. 18  
30974 Wennigsen

**Telefon:** 05103 5558176  
**Mobil:** 0163 8445315  
**Fax:** 05103 825709

**E-Mail:** info@yourcarebox.de  
**Web:** www.yourcarebox.de

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel-Produktgruppe 54 bis maximal 40€ monatlich / bei Beihilfeanspruch 20€ monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)   | Bitte ankreuzen          | Positions-Nr.: |
|---|--------------------------|----------------|
| <b>Saugende Bettschutzeinlagen</b> mind. 60 x 90 cm (Einmaigebrauch)              | <input type="checkbox"/> | 54.45.01.0001  |
| <b>Fingerlinge</b> puderfrei  | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.0001  |
| <b>Einmalhandschuhe</b> puderfrei   | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.1001  |
| <b>Mundschutz</b> Vlies, 3-lagig (Einmaigebrauch)                                 | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.2001  |
| <b>Schutzschürzen</b> wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmaigebrauch)   | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001  |
| <b>Schutzschürzen</b> wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Wiederverwendbar) | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002  |
| <b>Händedesinfektion</b> keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)       | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0001  |
| <b>Flächendesinfektion</b> keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)     | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0002  |

**Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.**

| Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51)                            | Stückzahl            | Positions-Nr.: |
|--|----------------------|----------------|
| <b>Saugende Bettschutzeinlagen</b> wasch- und wiederverwendbar | <input type="text"/> | 51.40.01.4     |

**Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungsbringer**

**Institutionskennzeichen: IK 330302390**

Your Care Box Pflegehilfsmittel / Glockenstr. 18 / 30974 Wennigsen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Lieferung an den Pflegedienst einverstanden und bestätige darüber informiert worden zu sein, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private pflege (und nicht durch den pflegedienst) verwendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

- OPG 54 bis 40€ monatlich   
  OPG 54 bis 20€ monatlich   
  OPG 51 mit Zuzahlung  
 OPG 51 ohne Zuzahlung   
  OPG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)   
  OPG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK-Nr. der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift



**Your Care Box**  
Pflegehilfsmittel

# Patientenerklärung zur Wahl des Leistungsbringers.

(falls zutreffend) Kündigung des bisherigen Leistungsbringers.

---

Name, Vorname Versicherter

---

Anschrift

---

PLZ / Ort

---

Geburtsdatum

---

Krankenkasse

---

Versicherungsnummer

## 1. Wahl des Leistungsbringers

Ich mache von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage mit sofortiger Wirkung aus der Vielzahl der Leistungsbringer die Firma Your Care Box **IK 330302390** (nachfolgend: Versorger genannt) mit der Versorgung mit benötigten Pflegehilfsmitteln entsprechend meinem Anspruch gemäß §40 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) XI.

## 2. Einwilligung Datenweitergabe

Der Versorger verarbeitet meine personal bezogenen Daten zur Abwicklung der Bestellung und zu Abrechnungszwecken. Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung verarbeitet der Versorger meine Daten in anonymer Form. Die Daten werden beim Versorger automatisiert verarbeitet.

Mir ist bekannt, das ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versorger widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Versicherten

---

ggd. Unterschrift des Gesetzl.  
Betreuers oder des Bevollmächtigten