

Antrag auf Kostenübernahme

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Daten der/des Versicherten/Pflegebedürftigen	
Name		Vorname	
Straße		Nr.	PLZ Ort
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 **42€** monatlich / bei Beihilfeanspruch **20€** monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte ankreuzen	Positions-Nr.:
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmaigebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmaigebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmaigebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0015

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.:
Saugende Bettschutzeinlagen 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)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> OPG 54 bis 40€ monatlich | <input type="checkbox"/> OPG 54 bis 20€ monatlich | <input type="checkbox"/> OPG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> OPG 51 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> OPG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r) | <input type="checkbox"/> 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