Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname | Geburtstdatum | 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		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker la-texfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	– – –	nicht verfügbar
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergi-ker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		Gr. (S-XL)
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder ver-gleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	– – –	nicht verfügbar
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintra-gen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	– – –	nicht verfügbar
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

☐ 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	51.40.01.4090	1 Stück		1 bis max. 4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
curabox® von pflege.de (web care LBJ GmbH) Großer Grasbrook 9 20457 Hamburg	330204518

☒ 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

❒ PG 51 mit Zuzahlung
❒ PG 51 ohne Zuzahlung
❒ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
❒ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Kürzel: B- 00693

Datenblatt und Datenverarbeitung

curabox Pflege

Pflegebedürftige Person

Anrede: ◯ Frau ◯ Herr

Vor- und Nachname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Versichertennummer:

Pflegegrad:

Telefon-/Mobilfunknummer:

E-Mail-Adresse:

Bevollmächtigte Person

Anrede: ◯ Frau ◯ Herr

Vor- und Nachname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon-/Mobilfunknummer:

E-Mail-Adresse:

Ambulanter Pflegedienst

Name: Paxcura GmbH

Straße, Hausnummer: Radickestraße 28

Postleitzahl, Ort: 21079 Hamburg

Telefon:

Gewünschte Lieferadresse

- ◯ An die pflegebedürftige Person
- ◯ An die Adresse der bevollmächtigten Person

Ablehnung der persönlichen Beratung

☐ Ich bin über Pflegehilfsmittel zum Verbrauch, deren Anwendung und Zweck informiert und wünsche keine zusätzliche Beratung.

Zustimmung Datenverarbeitung

☐ Ich willige ein, dass die web care LBJ GmbH Angaben zu meiner Person (insb. Kontakt- und Gesundheitsdaten – z.B. Inkontinenz, Pflegegrad) zum Zweck der Beratung (z.B. Anamnese) und Aufklärung, der Belieferung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch, der späteren Betreuung (z.B. Produkt- und Lieferanpassung) sowie zur internen Abstimmung mit der Paul Hartmann AG (zur Vermeidung von Doppelversorgungen durch Abgleich von Name und Geburtsdatum) per Telefon, E-Mail & Post verarbeitet. Ich willige außerdem ein, dass diese Daten meiner gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse oder privaten Krankenversicherung zur Antragsentscheidung und Abrechnung sowie - gesondert auf Anforderung - zur weiteren Bearbeitung übermittelt werden. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Offenlegung der Angaben gegenüber (Auftrags-)Dienstleistern (z.B. für Abrechnung und Logistik). Weitere Hinweise zum Datenschutz: Mir ist bewusst, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an betroffenenrechte@pflege.de widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs ist mir bewusst, dass die entsprechenden Serviceleistungen mir gegenüber nicht mehr erbracht werden können. Meine datenschutzrechtliche Zustimmung erstreckt sich ebenfalls auf die im Rahmen der „Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation" verarbeiteten personenbezogenen Angaben. Sofern ich Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten (eine pflegebedürftige Person) abgebe, versichere ich, dass ich von dieser Person zur Abgabe der Erklärung bevollmächtigt wurde und kann der web care LBJ GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Wechselerklärung

Wurden Sie bisher von einem anderen Anbieter versorgt?

- ◯ **Ja,** wurde ich. Die Versorgung durch meinen vorherigen Anbieter wurde gekündigt. Die letzte Lieferung erfolgt(e) am _____.
- ◯ **Nein,** ich wurde bisher noch nicht mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch versorgt.

Ich bestätige, dass ich durch die web care LBJ GmbH (curabox® von pflege.de) mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch versorgt werden möchte.

Erklärung der Beauftragung

Hiermit bevollmächtige ich die web care LBJ GmbH (curabox® von pflege.de) mit der Antragstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse oder privaten Krankenversicherung in meinem Namen. Ich befreie meine gesetzliche Kranken-/Pflegekasse oder private Krankenversicherung von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der web care LBJ GmbH, solange die Leistungspflicht besteht. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner gesetzlichen Kranken-/Pflegekasse oder privaten Krankenversicherung, sofern zulässig, an die web care LBJ GmbH ab. Die web care LBJ GmbH nimmt die Abtretung hiermit an. Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel zum Verbrauch keinen Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

Kürzel: B- 00693

Bearbeitungsvollmacht

(sofern gewünscht)

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln soll für Sie so einfach wie möglich sein. Um Ihren Alltag zu erleichtern, können Dritte (zum Beispiel Pflegekräfte) die Versorgung der curabox Pflege für Sie koordinieren. Dadurch können diese Personen beispielsweise Anpassungen an Ihrer bedarfsgerechten Versorgung vornehmen.

Wenn Sie möchten, dass Dritte die Koordination der curabox Pflege für Sie übernehmen, füllen Sie bitte diese Bearbeitungsvollmacht aus.

Hiermit ermächtige ich als Versicherte/r

Daten der pflegebedürftigen Person

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Vor- und Nachname: _____

Telefon-/Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

folgende Person(en)

Daten des/der Bevollmächtigten *(Nennung mehrerer Personen möglich)*

Institution: _____

Vor- und Nachname: _____

Telefon-/Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Institution: Paxcura GmbH

Vor- und Nachname: _____

Telefon-/Mobilfunknummer: _____

E-Mail-Adresse: curabox@paxcura.de

Straße, Hausnummer: Radickestraße 28

Postleitzahl, Ort: 21079 Hamburg

rechtsverbindliche Erklärungen im Zusammenhang mit meiner Versorgung mit Hilfsmitteln zum Verbrauch in meinem Namen abzugeben.

X _____ X _____

Ort, Datum **Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r***

(Im Sinne einer gesetzlichen Vertretung, nicht die zur Bearbeitung bevollmächtigte Person)*