



1 Name des Antragstellers/Versicherten



<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße/Hausnr.:		PLZ/Ort:
Telefon: <small>(Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)</small>		E-Mail:
Pflegegrad: <small>(Bitte unbedingt angeben!)</small> <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 keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38		
Versicherte(r) ist befreit von der gesetzlichen Zuzahlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

2 Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Hausnr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3 Auswahl der GMP-Pflegebox

<input type="checkbox"/>  Grundpflege-Box	<input type="checkbox"/>  Ihre individuelle GMP-Pflegebox
Bettsschutzeinlagen: 25 Stk.	Stk. Bettsschutzeinlagen
Einmalhandschuhe: 200 Stk.	Stk. Einmalhandschuhe, Stk. Fingerlinge
Händedesinfektionsmittel: 500 ml	00 ml Händedesinfektionsmittel, Stk. Händedesinfektionstücher
Flächendesinfektionsmittel: 500 ml	00 ml Flächendesinfektionsmittel, Stk. Flächendesinfektionstücher
Mundschutz: ---	Stk. Medizinische Gesichtsmasken, Stk. FFP-2 Masken o.ä.
Schutzschürzen/Schutzservietten: ---	Stk. Schutzschürzen, Stk. Schürzen. wiederv., Stk. Servietten
Handschuhgröße: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	Handschuhmaterial: <input type="checkbox"/> Nitril <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Latex

4 Lieferadresse

Die monatliche Lieferung geht an

<input type="checkbox"/> die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> die/den Angehörige(n)/Pflegeperson
---	---

5 Ihr Pflegedienst

Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

Name des Pflegedienstes	
Straße/Hausnr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

6 Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

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

7

Ich habe die AGB (www.gmp-pflegebox.de/agb) zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die GMP-Pflegebox GmbH, Im Heggen 2, 22113 Oststeinbek 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@gmp-pflegebox.de oder per Post an GMP-Pflegebox GmbH, Im Heggen 2, 22113 Oststeinbek.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die GMP-Pflegebox GmbH können Sie den beigefügten Datenschutzhin- weisen entnehmen, welche auch unter www.gmp-pflegebox.de/datenschutz abrufbar sind.

Hinweis:

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.

X

Unterschrift Versicherter(r) und/oder Bevollmächtigte(r)

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	Rechengröße	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	□ □ □	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	□ □ □	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	□ □ □	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	□ □ □	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	□ □ □	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	□ □ □	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	□ □ □	
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 eintragen.
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	□ □ □	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	□ □ □	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	□ □ □	

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 <small>(Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)</small>	1 Stück	□ □ □	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen										
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

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

<u>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</u>	
PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	PG 51 mit Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung
PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

VOLLMACHT

ZUR ANNAHME VON LIEFERUNGEN SOWIE UNTERZEICHNUNG VON
LIEFERBESCHEINIGUNGEN FÜR PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH

Vollmachtgeber

Name _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Pflegekasse _____
Versicherungs-Nr. _____

Pflegeperson

Name _____
Straße _____
PLZ, Ort _____

Vollmachtnehmer

Name _____
Straße _____
PLZ, Ort _____

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber oben genannten Vollmachtnehmer die
Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40
Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Datum

X

Unterschrift Versicherter/Bevollmächtigter