



Bestellformular curablu-Box



BITTE NICHT AUSFÜLLEN

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

TEL.: 0800 88 12345
FAX: 040 3803 6867 4119

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme):

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
---	----------	-----------

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson):

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Haus-Nr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
E-Mail:		Telefon:
Pflegeperson ist: <input type="radio"/> Ehe-/Lebenspartner	<input type="radio"/> Tochter/Sohn	<input type="radio"/> Verwandte/r
<input type="radio"/> Bekannte/r		

Pflegedienst (falls vorhanden):

Name des Pflegedienstes/der Sozialstation:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ:	Ort:

Die Lieferung der Box soll bitte erfolgen an:

<input type="radio"/> den Versicherten	<input type="radio"/> die Pflegeperson	<input type="radio"/> den Pflegedienst
--	--	--

Wählen Sie bitte Ihre curablu-Box (monatlicher Wechsel möglich):

Alle Pflegeprodukte in den Boxen sind zum Verbrauch bestimmt und können aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden.

<input type="radio"/> curablu-Box 1 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml 2x Bettschutzeinlagen, 25 St.	<input type="radio"/> curablu-Box 2 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Schutzschürzen, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml 1x Bettschutzeinlagen, 25 St.	<input type="radio"/> curablu-Box 3 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Mundschutz, 50 St. 1x Schutzschürzen, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml
<input type="radio"/> curablu-Box 4 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 2x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> curablu-Box 5 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Schutzschürzen, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> curablu-Box 6 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2x Bettschutzeinlagen, 25 St.

Handschuhgröße: S M L XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)

Die von mir getroffene Auswahl der curablu-Box kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der curablu KG rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der curablu KG.



Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers
-------	--

2

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI




BITTE NICHT AUSFÜLLEN

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

TEL.: 0800 88 12345

FAX: 040 3803 6867 4119

Versicherte/r:

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Haus-Nr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Geburtsdatum:	
Kenn-Nr. Pflegekasse:	Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Bitte Inhalt Ihrer Box ankreuzen	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Handdesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Bettscutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001

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



BITTE NICHT AUSFÜLLEN

Bitte wie gewählt ankreuzen	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (pro Stück 26,16€)	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	2 wiederverwendbare Bettscutzeinlagen	51.40.01.4127

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie die curablu KG, Meßberg 1, 20095 Hamburg, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die curablu KG darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an den Dienstleister Styra & Partner GmbH übermitteln.



Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

curablu KG IK.-Nr.: 330205074

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

1

Ausfüllhilfe Bestellformular



WICHTIG:

Das **ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene** Bestellformular **1** sowie den Antrag auf **Kostenübernahme 2** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag **an curablu zurückschicken**.

1. Persönliche Daten des Versicherten (Selbstzahler und Privatversicherte: bitte Infokasten auf der Rückseite beachten)

2. Persönliche Daten der Pflegeperson

3. Informationen des betreuenden Pflegediensts (falls vorhanden)

4. Empfänger der curablu-Box ankreuzen

5. Ihre curablu-Box auswählen und Handschuhgröße ankreuzen

6. Zusätzlich können auch zwei waschbare Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung beantragt werden (Lieferung 1x im Jahr)

7. Datum und Unterschrift

8. Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen

1 Bestellformular curablu-Box

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme):
 Frau Herr Vorname: **1.** Nachname:

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson):
 Frau Herr Vorname: Nachname:
 Straße, Haus-Nr.: Adresszusatz:
 PLZ: Ort: **2.** Telefon:

Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner Tochter/Sohn Verwandte/r Bekannte/r

Pflegedienst (falls vorhanden):
 Name des Pflegedienstes/der Sozialstation:
 Straße, Haus-Nr.: **3.**
 PLZ: Ort:

Die Lieferung der Box soll bitte erfolgen an:
 den Versicherten die Pflegeperson den Pflegedienst **4.**

Wählen Sie bitte Ihre curablu-Box (wenn ein Wechsel möglich):
 Alle Pflegeprodukte in den Boxen sind zum Verbrauch bestimmt und können aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden.

<input type="radio"/> curablu-Box 1 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2x Bettschutzeinlagen, 25 St.	<input type="radio"/> curablu-Box 2 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Schutzhürzen, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Bettschutzeinlagen, 25 St.	<input type="radio"/> curablu-Box 3 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Mundschutz, 50 St. 1x Schutzhürzen, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml
<input type="radio"/> curablu-Box 4 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 2x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> curablu-Box 5 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Schutzhürzen, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> curablu-Box 6 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 2x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2x Bettschutzeinlagen, 25 St.

Handschuhgröße: S M L XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

2 waschbare Bettschutzeinlagen (waschbar) **6.**

Die von Ihnen getroffene Auswahl der curablu-Box kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der curablu KG rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der curablu KG.

Datum: **7.** Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?
 Gern steht Ihnen unsere telefonische Beratung persönlich unter
 der kostenlosen Service-Rufnummer zur Verfügung.

www.curablu.de

0800 88 12345



Montag bis Freitag: 8 bis 20 Uhr, Samstag: 9 bis 14 Uhr

2

Anfüllhilfe Antrag auf Kostenübernahme



WICHTIG:

Das ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene Bestellformular 1 sowie den Antrag auf Kostenübernahme 2 im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an curablu zurückschicken.

1. Persönliche Daten des Versicherten



Beispiel

2. Bitte zutreffende Inhalte Ihrer auf Formular 1 gewählten curablu-Box ankreuzen

3. Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen auf Formular 1 beantragt haben, bitte ankreuzen

4. Datum und Unterschrift

5. Diese Bereiche bitte nicht ausfüllen

2 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

STRA 330205074
TEL: 0800 88 12345
FAX: 040 380205074 4119

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Versicherte/r:

Frau Herr Vorname: _____ Nachname: _____

Str. / Haus-Nr.: _____ Adresszusatz: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Kenn-Nr. Pflegekasse: **A** _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr. **B** _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Bitte Inhalt Ihrer Box ankreuzen	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	Einmehandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Handdesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001

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

Bitte wählen	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege-hygiene (pro Stück 26,16 €)	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen	51.40.01.4127

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie die curablu KG, Meißberg 1, 20795 Hamburg, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die curablu darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Lieferung an den Dienstleister Strya & Partner GmbH übermitteln.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt) curablu KG IK-Nr.: 330205074

PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

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

Datum: _____ IK-Nr. der Pflegekasse: _____ Stempel/Unterschrift: _____



SELBSTZAHLER UND PRIVATVERSICHERTE:

Alle Informationen zur Bestellung Ihrer curablu-Box finden Sie auf unserer Website oder rufen Sie uns gleich an! Wir helfen Ihnen schnell und unkompliziert weiter.

www.curablu.de

0800 88 12345

Montag bis Freitag: 8 bis 20 Uhr, Samstag: 9 bis 14 Uhr

Kostenloser Versand an curablu

Schneiden Sie einfach das passende Format aus und kleben es auf einen Briefumschlag.

Stecken Sie die beiden ausgefüllten und unterschriebenen Formulare **1** und **2** in den Umschlag und schicken Sie diesen ab.

Das Porto haben wir bereits für Sie bezahlt.



Bei kurzen Umschlag bitte hier abschneiden

1 Briefformular curablu

curablu
Kurzformular curablu

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____



2 Antrag auf Kostenerstattung

curablu
Antrag auf Kostenerstattung

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Wohin soll meine Bestellung geschickt werden?
 curablu
 1. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 2. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 3. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 4. Empfänger für alle Produkte (Name, Adresse, PLZ, Ort) Name: _____ Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Das Porto haben wir bereits für Sie bezahlt!



curablu
Deutschlands Pflegemittel-Box

Deutsche Post
ANTWORT

curablu KG
20077 Hamburg