



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 30 19312

Versicherte/r (*Pflichtfelder):

<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 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**. **Alle Pflichtfelder sind ROT markiert.**

1. Persönliche Daten des Versicherten
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.: **2.** Adresszusatz:
PLZ: Ort:
E-Mail: Telefon:

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

Die Lieferung der Box soll bitte erfolgen an:
 dem Versicherten **4.** Pflegeperson 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 Flächeninfektionsmittel, 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 Flächeninfektionsmittel, 500 ml 2x Bettschutzeinlagen, 25 St.	<input type="radio"/> curablu-Box 3 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Handschutz, 20 St. 2x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächeninfektionsmittel, 500 ml
<input type="radio"/> curablu-Box 4 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 2x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2x Flächeninfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> curablu-Box 5 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Schutzhürzen, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1x Flächeninfektionsmittel, 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.

6. **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 sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner, bei der curablu KG, hinterlegten personenbezogenen Daten.

7. Datum Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers **7006**

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



Andrea Schulte,
curablu

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

2

Ausfüllhilfe 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**. **Alle Pflichtfelder sind ROT markiert.**

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

5. curablu
TEL: 0800 88 12345
FAX: 030 26 3312

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Versicherte/r (*Pflichtfelder):

Frau Herr Vorname*: _____ Nachname*: _____

Straße, 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 Behilfeberechtigung 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"/>	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 Abrechnung an den Dienstleister Styra & Partner GmbH übermitteln.

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

7006

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

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

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

curablu KG IK-Nr.: 330205074

PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Behilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/Behilfeberechtigter

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

