

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

Rheingesund - Waffenschmidtstr. 5 - 50767 Köln  
Empfänger:

-----  
Dokument entlang dieser Linie falten

# Wechselerklärung

Name Versicherte/r

Versicherern-Nr.

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter

zum .

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem

möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

Rheingesund Service aus einer Hand GmbH  
Waffenschmidtstr. 5  
50767 Köln

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Rheingesund Box Bestellformular

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI  
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

## Name der/des Versicherten / Pflegebedürftigen

1.1

Vorname	Nachname
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Geburtsdatum	
Versicherten-Nr.	Pflegekasse

## Abweichende Lieferadresse (falls Vorhanden)

1.2

Vorname	Nachname
Straße / Nr.	PLZ / Ort

## Auswahl der Produkte:

Anzahl

Anzahl

1.3

Bettschutzeinlagen / 25 Stück / (13 €)		Waschhandschuhe / 50 Stück / (8 €)	
Einmalhandschuhe / 100 Stück / (10 €)		Flächendesinfektionstücher / 60 Stück / (10 €)	
Händedesinfektion mit Alkohol / 500 ml / (8 €)		Einmallätzchen / 100 Stück / (15 €)	
Händedesinfektion ohne Alkohol / 500 ml / (8 €)		Schutzschürzen / 50 Stück / (8 €)	
Flächendesinfektion mit Alkohol / 500 ml / (7 €)		Fingerlinge (6 €)	
Flächendesinfektion ohne Alkohol / 500 ml / (7 €)			
Mundschutz FFP2 / 1 Stück / 1 €)			
Medizinischer Mundschutz / 50 Stück / (8 €)			
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"/> Latex <input type="checkbox"/> Vynil	

## Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen



- Ohne Aufpreis  Bis zu 250 Mal waschbar

## Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Rheingesund Service aus einer GmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung (Privatversicherte erhalten eine Rechnung). Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die Rheingesund Service aus einer GmbH ab. Sofern ich Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten abgebe, z.B. für eine pflegebedürftige Person, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der Rheingesund Service aus einer GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Ich stimme zu, dass rheingesund-box.de (Rheingesund Service aus einer GmbH) meine personen- und gesundheitsbezogenen (z.B. Angaben zum Pflegegrad) Informationen, v.a. Kontaktinfos/ Versichertenstatus, für die Bearbeitung des Antrages (zum Erhalt der Pflegehilfsmittel), Belieferung (ggf. auch direkt zu Ihrem Pflegedienst) und spätere Betreuung sowie für eine Kontaktaufnahme in diesem Zusammenhang via E-Mail und Telefon verarbeitet. Außerdem stimme ich zu, dass für die Abwicklung (Entscheidung über Antrag, Abrechnung, etc.) die hierfür erforderlichen Daten ggf. an die jeweilige Pflegekasse sowie ggf. an den jeweiligen Pflegedienst übermittelt werden.

Hinweis: Die Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an [datenschutz@rheingesund-box.de](mailto:datenschutz@rheingesund-box.de) widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs können wir Ihnen gegenüber die entsprechenden Serviceleistungen nicht mehr erbringen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: <https://www.rheingesund-box.de/datenschutz/>.

Die mit der Unterschrift getätigte Zustimmung erstreckt sich ebenfalls auf die im Rahmen des „Antrags auf Kostenübernahme“ (Formular 2) – siehe nachfolgende Seite – verarbeiteten Daten.

Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Name der/des Versicherten / Pflegebedürftigen

Vorname

Nachname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Produktgruppe 54 - bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir privat getragen.

## Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)

## Pflegehilfsmittelpositionsnummer

<input checked="" type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	puderfrei, unsteril	54.99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/> Mundschutz	Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input checked="" type="checkbox"/> FFP2-Masken	Vlies, 5-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.5001
<input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel	keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input checked="" type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel	keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002
<input checked="" type="checkbox"/> Saugende Bettschutzeinlagen	mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/> Schutzschürzen	wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input checked="" type="checkbox"/> Einmallätzchen	wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.4001
<input checked="" type="checkbox"/> Fingerlinge	puderfrei	54.99.01.0001

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

## Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)

Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

### Name und Anschrift

Rheinggesund Service aus einer Hand GmbH  
Waffenschmidtstr. 5  
50767 Köln

### Institutionskennzeichen

460582435

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.

Die im Kostenübernahmeantrag angegebenen personenbezogenen Daten werden auf Grundlage berechtigter Interessen nach Art. 6 Abs. 1 lit. b erhoben und dienen zur Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses (siehe umseitige Datenschutzhinweise).

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG54 bis € 40 monatlich       PG54 bis € 20 monatlich       PG54 mit Zuzahlung  
 PG51 ohne Zuzahlung       PG51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)       PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum

IK-Nr. Der Pflegekasse

Stempel / Unterschrift