

Antragsteller ist:

1.1 Versicherter Angehöriger / Pflegeperson

Versicherte/r:

1.2 Herr Frau Vorname: Nachname:

Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson zu Kontaktzwecken im Rahmen der Leistungserbringung):

1.3 Herr Frau Vorname: Nachname:

Straße, Nr.: Telefon/Mobil:

PLZ, Ort: E-Mail:

Pflegedienst (falls vorhanden):

1.4 Name Pflegedienst Telefon: E-Mail:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Lieferung der Box an:

1.5 den Versicherten den Angehörigen den Pflegedienst

Auswahl der Pflegebox:

1.6 Wählen Sie eine von fünf Varianten

     Anzahl  Individual Box

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettstutzeinlagen (12 €)	---	25 Stk.	2 x 25 Stk.	---	x 25 Stk.
Einmalhandschuhe (7 €)	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	2 x 100 Stk.	x 100 Stk.
Händedesinfektion (8 €)	2 x 500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	x 500 ml
Mundschutz 3-lagig (7 €)	---	---	---	---	x 50 Stk.
Mundschutz FFP2 (7 €)	---	10 Stk.	---	---	x 10 Stk.
Flächendesinfektion (6 €)	2 x 500 ml	500 ml	---	2 x 500 ml	x 500 ml
Schutzschürzen (6 €)	---	---	---	50 Stk.	x 50 Stk.
Fingerlinge (5 €)	100 Stk.	---	---	---	x 100 Stk.

Handschuhgröße: S M L XL Handschuhmaterial: Nitril

Zusätzliche wiederverwendbare Bettstutzeinlagen
✓ Ohne Aufpreis ✓ Bis zu 250 Mal waschbar

Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Rheinggesund 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 Kostenersatzanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die Rheinggesund 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 Rheinggesund Service aus einer GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Ich stimme zu, dass rheinggesund-box.de (Rheinggesund 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@rheinggesund-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.rheinggesund-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)

Versicherte/r:

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

2.1	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:		Telefon/Mobil*:	
PLZ, Ort*:		Geburtsdatum*:	
E-Mail:		Pflegegrad*: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad	
Pflegekasse*:		Versicherter ist*: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
IK-Nummer*: <small>Diese finden Sie auf der Krankenversichertenkarte</small>			
Versichertenr.*: <small>(zehnstellige Nummer)</small>			

PG54 - Antrag auf Kostenübernahme:

Denken Sie an **Krankenkasse** und **Versichertennummer**.

- 2.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (**PG 54**) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input checked="" type="checkbox"/>	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input checked="" type="checkbox"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input checked="" type="checkbox"/>	FFP2 (Einmalgebrauch)	54.99.01.5001
<input checked="" type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001
<input checked="" type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001


PG51 - Antrag für Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

- 2.3 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (**PG 51**) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die Rheingesund Service aus einer Hand GmbH mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Rheingesund Service aus einer Hand GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Rheingesund Service aus einer Hand GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen sowie dass ich eine Einweisung, sofern notwendig, in den Gebrauch der Pflegehilfsmittel erhalten habe. Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinen Dritte verleihen, übereignen oder verpfänden.

 Datum

 Unterschrift Versicherte(r) oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt) IK #460582435

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG54 bis max. des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter, PG 51 ohne Zzlg. |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter, PG 51 mit Zzlg. |

Datum _____ IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift _____