


Antragsteller ist:

1.1	Versicherter	Angehöriger / Pflegeperson	
------------	--------------	----------------------------	--

Vermittler/in:
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:			
	Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:
	PLZ, Ort:			E-Mail:

Lieferung der Box an:

1.5	den Versicherten	den Angehörigen	den Pflegedienst
------------	------------------	-----------------	------------------

Auswahl der Pflegebox Produkte:

1.6	Produkt	Merkmale	Menge	Preis	Option
	Flächendesinfektionsmittel	500 ml	x	6.00	
	Händedesinfektionsmittel	500 ml	x	8.00	
	Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch	25 Stk.	x	12.00	
	Fingerlinge	100 Stk.	x	5.00	
	Mundschutz	50 Stk.	x	7.00	
	Schutzschürzen	50 Stk.	x	6.00	
	Nitril Einmalhandschuhe	100 Stk.	x	7.00	S M L XL
	FFP2 Masken	10 Stk.	x	7.00	
	Möchten Sie zuzahlungsfrei wiederverwendbare Bettschutzeinlagen erhalten? Diese kann bis zu 250 mal gewaschen werden.Ihre Pflegekasse erstattet in der Regel 3 Stück pro Jahr.				
	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen		x	26.16	

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 widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs können wir Ihnen gegenüber die entsprechenden Serviceleistungen nicht mehr erbringen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: 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

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



Versicherte/r:

2.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
	Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:
	PLZ, Ort:			Geburtsdatum:
	E-Mail:			Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Kein Pflegegrad
	Krankenkasse:			Versicherter ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert über Ortsamt/Sozialamt versichert beihilfeberechtigt
	IK-Nummer:		<small>Diese finden Sie auf der Krankenversichertenkarte</small>	
	Versichertennr:			

PG54 - Antrag auf Kostenübernahme:

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
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
	Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch	54.45.01.0001
	Fingerlinge	54.99.01.0001
	Mundschutz	54.99.01.2001
	Schutzschürzen	54.99.01.3001
	Nitril Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
	FFP2 Masken	54.99.01.5001

PG51 - Antrag für Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

2.3 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygien (**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/Körperhygie	Positionsnummer
1 2 3	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen	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 erhalte 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

PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter, PG 51 ohne Zzlg.

PG 54 bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter, PG 51 mit Zzlg.

Datum _____ IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift _____

3

Vollmacht

Zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen
Bitte ausfüllen, wenn die Lieferadresse von der des Pflegebedürftigen abweicht.



Vollmachtgeber:

3.1	Herr	Frau	Vorname:		Nachname:
	Straße, Nr.:			Geburtsdatum:	
	PLZ, Ort:			Telefon/Mobil:	

Vollmachtnehmer:

3.2	Herr	Frau	Firma	Name, Vorname:	
	Firma:			Straße, Nr.:	
	PLZ, Ort:			Telefon/Mobil:	

Hiermit erteile ich Vollmacht, die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)