



**Pflege-BOX**  
von desinfecta.de

# Anleitung zur Bestellung Ihrer kostenfreien Pflege-BOX

bei Fragen stehen wir Ihnen gerne kostenfrei telefonisch zur Verfügung unter: **0800 62 95 200**

## Füllen Sie Formular 1 und 2 aus

**Seite 1 von 2**

**Ihre kostenlose Bestellung**

**Bestellung an die Box:**

Angehöriger/Beauftragter  
 Versicherten/Pflegekassen/Pflege  
 Pflegekassen

**Versicherte(r)** (in Druckbuchstaben auflösen)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Stadte, Nr.\* \_\_\_\_\_ PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_

Tel.nr. \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

**Beauftragter ist:**  als Beauftragter gesetzlich bevollmächtigt  nicht bevollmächtigt

**Pflegekassen** (Wird bereits ein ambulanter Dienst in Anspruch genommen? Wenn ja, welcher?)

Name: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_

Stadte, Nr.\* \_\_\_\_\_

**Bitte wählen Sie eine Variante der Pflege-BOX\* (nur 1 Box wählbar, monatlich wechselbar)**

<input type="checkbox"/> 1	25 Stk. <b>Bettchutlagen</b> Einmalhandschuhe 500 Stk. <b>Flächendesinfektionsmittel</b> 2 x 100 Stk. <b>Flächendesinfektionsmittel</b>	<input type="checkbox"/> 4	Bettchutlagen 2 x 100 Stk. <b>Einmalhandschuhe</b> 500 Stk. <b>Flächendesinfektionsmittel</b>
<input type="checkbox"/> 2	25 Stk. <b>Bettchutlagen</b> 2 x 100 Stk. <b>Einmalhandschuhe</b> 500 Stk. <b>Flächendesinfektionsmittel</b>	<input type="checkbox"/> 5	2 x 20 Stk. <b>Bettchutlagen</b> Einmalhandschuhe 500 Stk. <b>Flächendesinfektionsmittel</b>
<input type="checkbox"/> 3	Bettchutlagen 2 x 100 Stk. <b>Einmalhandschuhe</b> 500 Stk. <b>Flächendesinfektionsmittel</b>	<input type="checkbox"/> 6	Ich möchte meine Pflege-BOX individuell zusammenstellen. Bitte wählen Sie nach einer Vorlage! Bestellnummer zurück

Die Vinyl Einmalhandschuhe bitte in Größe:  S  M  L  XL

Ich wünsche zusätzliche wiederverwendbare, waschbare Bettchutlagen.

**Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen** (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig)

Ich bestätige, dass ich die Abtretungserklärung einverstanden erklärt habe. Ich bestätige, dass ich die Abtretungserklärung einverstanden erklärt habe. Ich bestätige, dass ich die Abtretungserklärung einverstanden erklärt habe.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Versichert(er) oder Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

\* Pflichtfeld

### Formular 1 – Bestellung

1. Name der versicherten Person angeben.
2. Name und Anschrift des wichtigsten Angehörigen oder der betreuenden Person angeben.
3. Wahl der bevorzugten **Pflege-BOX**. Sie ist monatlich änderbar! (Spätere Änderungen per E-Mail an [homecare@desinfecta.de](mailto:homecare@desinfecta.de) mit Angabe der benötigten **Pflege-BOX** schicken).
4. Bestimmen Sie, wer die Lieferung monatlich erhalten soll.
5. Bitte unterschreiben Sie das Formular.

**Seite 2 von 2**

**Ihre Antrag auf Kostenübernahme**

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

**Versicherte(r)** (in Druckbuchstaben auflösen)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Stadte, Nr.\* \_\_\_\_\_ PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Pflegejahr\*  0  1  2  3

Tel.nr. \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

Angabe der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Arbeitsort: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Kostenübernahme**

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Pflegegruppe PG 54 – bis maximal drei monatliche Höchstbeträge nach § 40 Abs. 2 SGB XI (bei Bedarfsermittlung im monatlichen Rhythmus des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Wird monatlich benötigt	Pauschalbetrag
<b>Stapel-Bettchutlagen</b> (PG 40, Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54,00 (0,000)
<b>Einmalhandschuhe</b> (zuerst)	<input type="checkbox"/>	54,00 (1,000)
<b>Handschuhe</b> (zweitergehandelt)	<input type="checkbox"/>	54,00 (0,000)
<b>Schutzhosen</b> (Einmalgebrauch, waschenbeweibende Faserstoffe)	<input type="checkbox"/>	54,00 (0,000)
<b>Flächendesinfektionsmittel</b>	<input type="checkbox"/>	54,00 (0,000)

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege (Hygiene) PG 51 (unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %), soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege (Hygiene)	Benötigt monatlich	Pauschalbetrag
<b>Stapel-Bettchutlagen</b> (PG 51)	<input type="checkbox"/>	54,00 (0,000)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (IK: 33 14 11 737)

(Vor der Pflegekasse ausfüllen und bitte an die Faxnummer 03723 7950 senden.)

PG 54 bis 40 – 4 monatlich  
 PG 54 bis 20 – 4 monatlich  
 PG 51 ohne Zuschlag  
 PG 51 ohne Zuschlag  
 PG 51 mit Zuschlag/Bahnbefreiung  
 PG 51 ohne Zuschlag/Bahnbefreiung

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Desinfecta GmbH** | Schillerstraße 4 | 09337 Hohenstein-Ernstthal | Telefon: 03723 7950 | homecare@desinfecta.de | Nr. 33 14 11 737

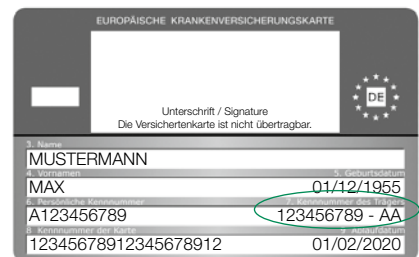
\* Pflichtfeld

### Formular 2 – Kostenübernahme

1. Name, Anschrift und versicherungstechnische Daten des Versicherten eintragen.

#### Hinweis:

Die Kennnummer des Trägers befindet sich auf der Rückseite der Versicherten-Krankenkassenkarte unter Punkt 7.



2. Bitte unterschreiben Sie das Formular.

## Beide Formulare unterschrieben zurückschicken



**per Post:**

Desinfecta GmbH  
Schillerstraße 4  
09337 Hohenstein-Ernstthal  
(gefaltet und mit Klebeband verschlossen)



**per Fax:**

03723 7950



**per E-Mail:**

homecare@desinfecta.de



Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse ein.

**Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles für Sie!**

Die Genehmigung kann unter Umständen bis zu 4 Wochen dauern. Nach Erhalt der Genehmigung erhalten Sie umgehend Ihre gewünschte **Pflege-BOX**.