



**Pflege-BOX**  
von [desinfecta.de](http://desinfecta.de)

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
**ANTWORT**

Desinfecta GmbH  
Schillerstraße 4  
09337 Hohenstein-Ernstthal



**Pflege-BOX**  
von [desinfecta.de](http://desinfecta.de)

## Pflegen Sie Zuhause einen geliebten Angehörigen?

Dann prüfen Sie den Anspruch auf  
kostenfreie Pflegehilfsmittel im Wert  
von bis zu 40,- € im Monat.



## Fordern Sie Ihre kostenfreie Desinfecta **Pflege-BOX** an

- ✓ Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40,- € pro Monat
- ✓ direkte monatliche Lieferung nach Hause
- ✓ kein Aufwand für Sie: Wir übernehmen die Formalitäten
- ✓ Für Sie kostenfrei, wenn
  - Pflegegrad vorhanden
  - der zu Pflegenden wohnt Zuhause
  - der Pflegebedürftige wird von mindestens einer privaten Person betreut.

Schnell und einfach: Jetzt 2 Formulare **ausfüllen, unterschreiben, falten, zukleben** und portofrei **zurücksenden**.

**Alles weitere übernehmen wir für Sie!**





**Pflege-BOX**  
von [desinfecta.de](http://desinfecta.de)

## Ihre kostenlose Bestellung

### Lieferung an die/den:

- Angehörige(n)/Betreuer/in  
 Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)  
 Pflegedienst

### Versicherte/r (in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname *	Nachname*
-----------	-----------

### Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in)



Vorname *	Nachname*
Straße, Nr.*	PLZ, Ort*
Telefon*	E-Mail*

**Betreuer/in ist:**  als Betreuer/in gesetzlich bevollmächtigt  nicht bevollmächtigt

### Pflegedienst (Wird bereits ein ambulanter Dienst in Anspruch genommen? Wenn ja, welcher?)

Name*	
Straße, Nr.*	PLZ, Ort*

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

<input type="checkbox"/>		25 Stk 100 Stk 500 ml <b>4 x 250 ml</b>	Bettscutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel <b>Flächendesinfektionsmittel</b>	<input type="checkbox"/>		– <b>2 x 100 Stk</b> 500 ml <b>4 x 250 ml</b>	Bettscutzeinlagen <b>Einmalhandschuhe</b> Händedesinfektionsmittel <b>Flächendesinfektionsmittel</b>
<input type="checkbox"/>		25 Stk <b>2 x 100 Stk</b> 500 ml 2 x 250 ml	Bettscutzeinlagen <b>Einmalhandschuhe</b> Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>		<b>2 x 25 Stk</b> – 500 ml 2 x 250 ml	<b>Bettscutzeinlagen</b> Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>		– <b>2 x 100 Stk</b> <b>2 x 500 ml</b> 2 x 250 ml	Bettscutzeinlagen <b>Einmalhandschuhe</b> <b>Händedesinfektionsmittel</b> Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>		Ich möchte meine <b>Pflege-BOX</b> individuell zusammenstellen. Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:	

Die Vinyl Einmalhandschuhe bitte in Größe:  S  M  L  XL

### Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (Zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig)

Hiermit trete ich als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Desinfecta GmbH (Schillerstraße 4 in 09337 Hohenstein-Ernstthal; Tel. 03723 6295210; Registergericht HRB 28246 Amtsgericht Chemnitz; Geschäftsführerin Tina Wutzke) ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zwecke der Leistungserbringung und akzeptiere die Nutzungsbedingungen der Pflege-BOX (einzusehen unter: [www.desinfecta.de](http://www.desinfecta.de)).

Datum	 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)
-------	--

\* Pflichtfeld



## Ihre Antrag auf Kostenübernahme

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

### Versicherte/r (in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname*	Nachname*
Straße, Nr.*	PLZ, Ort*
Geburtsdatum*	Pflegegrad* <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefon*	E-Mail*
<b>Angaben zur Krankenkasse</b>	Krankenkasse*
Versichertenr.*	Kennnr. des Trägers*

### Antrag auf Kostenübernahme

#### Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- 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.

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

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Benötigte Stückzahl	Positionsnummer
<b>Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen</b>		54.45.01.0001


Ich beauftrage die Desinfecta GmbH ([homecare@desinfecta.de](mailto:homecare@desinfecta.de)) mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Desinfecta GmbH mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Meine Daten dürfen von der Desinfecta GmbH zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

Datum	 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)
-------	--

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

**IK: 33 14 11 737**

(von der Pflegekasse auszufüllen und bitte an die Faxnummer **03723 7950** senden.)

<input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,- € monatlich <input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,- € monatlich <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	Datum   IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift
--	---