

Antrag Hilfsbox - Pflegehilfsmittel

Kostenlose Beratung

0151 685 88 754

info@hilfsbox.de

Füllen Sie den Antrag ganz einfach aus und senden Sie uns diesen über eine der folgenden Optionen zu:

E-Mail: info@hilfsbox.de

Fax: 04035671852

1. Tragen Sie hier die persönlichen Daten der versicherten Person ein.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Pflegekasse: _____

Telefonnummer: _____ Versichertennummer: _____

E-Mail: _____

2. Wählen Sie Ihre gewünschte Pflegebox aus:

Tücherhygiene

1

Einmalhandschuhe	100 Stk.
Handdesinfektionstücher	120 Stk.
Flächendesinfektionstücher	120 Stk.

Hygiene im Bett

2

Händedesinfektion	500ml
Flächendesinfektion	500ml
Einmalbettschutz	25 Stk.
Flächendesinfektionstücher	60 Stk.
Händedesinfektionstücher	60 Stk.

Individuelle Pflegebox

Kreuzen Sie max. 4-5 Artikel an.

5

<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	100 Stk.
<input type="checkbox"/> Händedesinfektion	500ml
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektion	500 ml
<input type="checkbox"/> Handdesinfektionsgel	100 ml
<input type="checkbox"/> Händedesinfektionstücher	60 Stk.
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionstücher	60 Stk.
<input type="checkbox"/> Einmalbettschutz	25 Stk.
<input type="checkbox"/> FFP2 Maske	6 Stk.
<input type="checkbox"/> FFP2 Kindermasken	5 Stk.
<input type="checkbox"/> OP-Masken	50 Stk.
<input type="checkbox"/> OP-Kindermasken	50 Stk.
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen	100 Stk.
<input type="checkbox"/> Einmallätzchen	100 Stk.
<input type="checkbox"/> Fingerlinge	100 Stk.

Infektionsschutz

3

Händedesinfektion	500ml
Flächendesinfektion	500ml
Einmalhandschuhe	100 Stk.
Flächendesinfektionstücher	60 Stk.
Händedesinfektionstücher	60 Stk.
FFP2 Masken	2 Stk.

Rundum versorgt

4

Händedesinfektion	500ml
Flächendesinfektion	500ml
Einmalhandschuhe	100 Stk.
Schutzschürzen	100 Stk.

3. Haben Sie zusätzlich Bedarf an kostenfreien wieder verwendbaren Bettschutzeinlagen?

Ja, bitte beantragen Sie diese bei meiner Pflegekasse.

Nein

4. Unterschreiben Sie auf Seite 2 den Antrag an der markierten Stelle.

Bitte umblättern



durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Hilfsbox Steinfurther Allee 58a 22117 Hamburg	3 3 0 1 0 8 2 1 4

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
 - meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
- beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Jasamin Faryad/Milad Ghawsi

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

 _____
Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

(Name der Pflegekasse)