

# 1 ANTRAG auf Kostenübernahme

**A** Angaben zur/zum Versicherten: (bitte alle Angaben ausfüllen)  Herr  Frau  Divers

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon / Mobil

Geburtsdatum

Gesetzliche Krankenkasse

Versichertenr.

Pflegegrad  1  2  3  4  5

## **B** Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Absatz 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

### Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird benötigt

	Positionsnr.
<input type="checkbox"/> • Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> • Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> • Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> • Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/> • Schutzservietten (Einmal-Lätzchen)	54.99.01.4001
<input type="checkbox"/> • Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> • Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/> • Hände-/Flächen Desinfektionstücher	54.99.02.0014

## **C** Bettschutzeinlage – wiederverwendbar:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Absatz 3 SGB XI vorliegt.

### Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene wird benötigt

	Positionsnr.
<input type="checkbox"/> • Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (3 Stück)	51.40.01.4

durch die DIASHOP GmbH, Galileostr. 1, 82131 Gauting-Unterbrunn. IK-Nummer: 330913572

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vor der Bestellung der Pflegebox ausreichend beraten wurde. Ich wurde darüber informiert, dass die gewünschten Pflegehilfsmittel ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch den Pflegedienst) verwendet werden dürfen.

BITTE HIER  
UNTERSCHREIBEN

  
Datum

  
Unterschrift (Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r)

### GENEHMIGUNGSVERMERK DER PFLEGEKASSE

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis max. des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI                                 | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung  | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte/r  |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 54 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 54 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte/r |
- Datum, IK der Pflegekasse, Stempel, Unterschrift

# FORMULAR ANTRAG 1

## So füllen Sie das Formular richtig aus

### A Angaben zur/zum Versicherten

Bitte tragen Sie hier die Angaben zum/zur Versicherten ein, für den/die Pflegebox bestimmt ist. Diese Daten benötigen wir für den Antrag bei der Pflegekasse. Einen zusätzlichen Ansprechpartner (Angehörige/r bzw. Bevollmächtigte/r) können Sie auf dem Formular „Bestellung“ eintragen.

### A Angaben zur/zum Versicherten: (bitte alle Angaben ausfüllen)

Vorname, Name	
Straße, Nr.	PLZ, Ort
E-Mail	Telefon / Mobil
Geburtsdatum	Gesetzliche Krankenkasse
Versichertennr.	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1

### B Ich beantrage die Kostenübernahme für

Das rot markierte Feld muss immer angekreuzt werden. Bitte wählen Sie außerdem aus der Liste der Pflegehilfsmittel die Produkte aus, die Sie benötigen. Wir empfehlen, alle Produkte anzukreuzen, damit wir diese bei der Pflegekasse für Sie beantragen können.

### B Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal nach § 40 Absatz 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Betrags nach § 40 Absatz 3 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

#### Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird benötigt

- Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz (Einmalgebrauch)
- Schutzschürzen (Einmalgebrauch)
- Schutzservietten (Einmal-Lätzchen)
- Händedesinfektionsmittel

### C Bettschutzeinlage – wiederverwendbar

Wenn Sie wiederverwendbare, waschbare Bettschutzeinlagen benötigen, kreuzen Sie dieses Feld an. Wir beantragen diese bei Ihrer Pflegekasse für Sie und senden Ihnen nach der Genehmigung bis zu 3 Stück pro Jahr zu.

### C Bettschutzeinlage – wiederverwendbar:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils nach § 40 Absatz 3 SGB XI vorliegt.

#### Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene wird benötigt

- Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (3 Stück)

durch die DIASHOP GmbH, Galileostr. 1, 82131 Gauting-Unterbrunn. IK-Nummer: 330  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vor der Bestellung der Pflegebox aus-

Bitte die Unterschrift nicht vergessen

BITTE HIER  
UNTERSCHREIBEN

Datum

Unterschrift (Versicherte/r o

Bitte senden Sie uns beide Formulare ausgefüllt zu: „Antrag“ und „Bestellung“.  
Ihre Rücksendemöglichkeiten:



Im portofreien Rückumschlag  
(Vorlage auf Seite 7)  
oder an: DIASHOP GmbH  
Galileostraße 1  
82131 Gauting-Unterbrunn



Per E-Mail an:  
pflege@diashop.de



Abgabe in einem DIASHOP  
Diabetes-Fachgeschäft.  
Adressen unter:  
www.diashop.de/diabetes-  
fachgeschaeft



Kostenfreie Servicenummer: 0800 / 99 00 88 0

www.diashop.de/pflegebox

# 2 BESTELLUNG

Kostenfrei für Personen mit Pflegegrad nach §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI. Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise auf der Rückseite dieses Formulars. Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen:

Wünschen Sie vorab eine Beratung? Kostenfreie Servicenummer 0800/99 00 88 0.

## A Angaben zur/zum Ansprechpartner/in sofern abweichend vom Versicherten:

Herr  Frau  Divers

Vorname, Name

Telefon / Mobil

E-Mail

## B Lieferadresse: Herr Frau Divers

Vorname, Name

ggf. Firma oder Postnummer

Straße, Nr. oder Packstation, Nr.

PLZ, Ort

## C Auswahl der Produkte für Ihre Pflegebox:

Bitte geben Sie die gewünschte Menge der Artikel an, die Sie monatlich in Ihrer Pflegebox benötigen: Beachten Sie die Preise der einzelnen Produkte. **Zusammen sollte der Gesamtpreis mindestens 25,- € und höchstens 40,- € betragen.**

bis  
**40,- €**  
Gesamt-  
wert

**Einmal-  
handschuhe**  
  
100 Stk., Preis: 9,52 €

Menge \_\_\_\_\_  
Größe S

Menge \_\_\_\_\_  
Größe M

Menge \_\_\_\_\_  
Größe L

Menge \_\_\_\_\_  
Größe XL

Mit der Pflegekasse vereinbarte  
Preise

Menge \_\_\_\_\_  
**Bettschutzeinlagen**  
25 Stk., Preis: 12,20 €



Menge \_\_\_\_\_  
**Hände-/Flächen Desinfektions-  
tücher** 120 Stk., Preis: 14,28 €



Menge \_\_\_\_\_  
**Händedesinfektion**  
500 ml, Preis: 7,14 €



Menge \_\_\_\_\_  
**Flächendesinfektion**  
500 ml, Preis: 6,78 €



Menge \_\_\_\_\_  
**Schutzserviette (Lätzchen)**  
100 Stk., Preis: 14,28 €



Menge \_\_\_\_\_  
**Schutzschürzen**  
50 Stk., Preis: 7,14 €



Menge \_\_\_\_\_  
**Medizinische Masken**  
50 Stk., Preis: 8,33 €



Menge \_\_\_\_\_  
**FFP-2-Masken**  
5 Stk., Preis: 3,87 €



## D Bestellung der kostenfreien Bettschutzeinlage – wiederverwendbar:

Bitte senden Sie mir bis zu 3 kostenfreie waschbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 cm; bis 95° Grad waschbar) pro Jahr zu.

### Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die DIASHOP GmbH (Galileostr. 1, 82131 Gauting-Unterbrunn; Tel.: 089 / 89 55 679-0) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die DIASHOP GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung. Diese Erlaubnis kann ich jederzeit widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz unter [www.diashop.de/datenschutz](http://www.diashop.de/datenschutz). Mit den AGB der DIASHOP GmbH (ein-zusehen unter [www.diashop.de/agb](http://www.diashop.de/agb)) erkläre ich mich einverstanden. Hiermit bevollmächtige ich den/die oben genannte/n Ansprechpartner/in zur Entgegennahme meiner Pflegeboxen.

BITTE HIER  
UNTERSCHREIBEN



Datum



Unterschrift (Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r)

# FORMULAR BESTELLUNG 2

## So füllen Sie das Formular richtig aus

### A Angaben zur/zum Ansprechpartner/in sofern abweichend vom Versicherten:

Kümmern sich Angehörige, Bekannte oder andere Ansprechpartner/Bevollmächtigte um Ihre Pflegebox? Dann tragen Sie hier bitte den Namen der Person ein, die wir bei Rückfragen kontaktieren dürfen.

### B Lieferadresse:

An welche Adresse dürfen wir die Pflegeboxen liefern? Sie können hier auch die Adresse von Angehörigen, Bekannten, Nachbarn oder einer Packstation angeben.

### C Auswahl der Produkte

Bitte kreuzen Sie die Produkte an, die Sie monatlich benötigen und tragen Sie die benötigten Mengen ein. Hinter den Produkten sehen Sie jeweils den Erstattungspreis der Pflegekassen. Bitte achten Sie darauf, dass der Gesamtpreis Ihrer monatlichen Pflegebox mindestens 25,- € und höchstens 40,- € beträgt.

### D Bestellung der kostenfreien Bettschutzeinlage

Wenn Sie zusätzlich kostenfrei waschbare Bettschutzeinlagen bestellen möchten, kreuzen Sie dies bitte hier an. Wir beantragen diese bei Ihrer Pflegekasse für Sie und senden Ihnen nach der Genehmigung bis zu 3 Stück pro Jahr zu.

**Bitte die Unterschrift nicht vergessen**

### A Angaben zur/zum Ansprechpartner/in sofern abweichend vom Versicherten:

Herr  Frau  Divers

Vorname, Name

### B Lieferadresse: Herr Frau Divers

Vorname, Name

ggf. Firma oder Postnummer

### C Auswahl der Produkte für Ihre Pflegebox:

Bitte geben Sie die gewünschte Menge der Artikel an, die Sie monatlich in Ihrer Pflegebox benötigen. Beachten Sie die Preise der einzelnen Produkte. **Zusammen sollte der Gesamtpreis mind. 25,- € betragen und höchstens 40,- € betragen.**

 Einmalhandschuhe 100 Stk., Preis: 9,52 €	<input type="checkbox"/> Menge _____	 Bettschutzeinlagen 25 Stk., Preis: 12,20 €	<input type="checkbox"/> Menge _____	<input type="checkbox"/> Schutz 100 Stk.
<input type="checkbox"/> Menge _____ Größe S	<input type="checkbox"/> Menge _____	 Hände-/Flächen Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Menge _____	<input type="checkbox"/> Schutz

### D Bestellung der kostenfreien Bettschutzeinlage – wiederverwendbar

Bitte senden Sie mir bis zu 3 kostenfreie waschbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 cm).

Diese Erlaubnis kann ich jederzeit widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz unter [www.diashop.de](http://www.diashop.de), zusehen unter [www.diashop.de/agb](http://www.diashop.de/agb) erkläre ich mich einverstanden. Hiermit bevollmächtige ich den/die oben benannte/n Person/en, meine Pflegeboxen zu versenden.

BITTE HIER  
UNTERSCHREIBEN

X

Datum

X

Unterschrift (Versicherte/r oder Bevollmächtigter)

Bitte senden Sie uns beide Formulare ausgefüllt zu: „Antrag“ und „Bestellung“.  
Ihre Rücksendemöglichkeiten:



Im portofreien Rückumschlag  
(Vorlage auf Seite 7)  
oder an: DIASHOP GmbH  
Galileostraße 1  
82131 Gauting-Unterbrunn



Per E-Mail an:  
[pflge@diashop.de](mailto:pflge@diashop.de)



Abgabe in einem DIASHOP  
Diabetes-Fachgeschäft.  
Adressen unter:  
[www.diashop.de/diabetes-fachgeschaeft](http://www.diashop.de/diabetes-fachgeschaeft)



Kostenfreie Servicenummer: 0800 / 99 00 88 0

[www.diashop.de/pflegebox](http://www.diashop.de/pflegebox)