DIASHOP
Bestens beraten, bestens versorgt.

Pflegebox

Ihre kostenfreie Pflegebox im Wert von bis zu 40,- € pro Monat

NEU:
Einzelprodukte wählbar

Nachhaltiger denken

- Produkte und Produktion mit dem Blick auf Nachhaltigkeit
- Klimaneutraler Versand („GoGreen“)

www.diashop.de/pflegebox

Ihr gesetzlicher Anspruch auf eine kostenfreie Pflegebox

Sie haben einen Pflegegrad oder pflegen Angehörige zuhause?
Dann sollten Sie dieses Angebot kennen:

- Für die Pflege zuhause haben Sie ab Pflegegrad 1 einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40,- € pro Monat.
- Der gesetzliche Anspruch besteht nach §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI.
- Die Kosten dafür übernimmt Ihre Pflegekasse.

Einmaliger Antrag – monatliche Lieferung

1. Füllen Sie den anhängenden Antrag auf Kostenübernahme (1) und das Bestellformular (2) aus. Wählen Sie auf dem Bestellformular Ihre benötigten Produkte aus.
2. Senden Sie beide Formulare an DIASHOP – portofrei per Post oder per E-Mail – oder geben Sie diese in einem unserer Diabetes-Fachgeschäfte ab. (Adressen auf der Formularrückseite). Oder einfach online beantragen unter: **www.diashop.de/pflegebox**

Das DIASHOP Team kümmert sich um alles Weitere und versorgt Sie nach der Genehmigung durch Ihre Pflegekasse monatlich mit einer Pflegebox.

Was ist in der DIASHOP Pflegebox enthalten?

Für die DIASHOP Pflegebox können Sie zwischen verschiedenen Produkten für die Pflege zuhause wählen: Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Desinfektionsmittel, Schutzservietten (Lätzchen), Schutzschürzen und Masken.

- Auf dem Bestellformular wählen Sie die benötigen Produkte aus.
- Bitte beachten Sie die Preise der einzelnen Produkte. **Zusammen sollte der Gesamtpreis mindestens 25,- € und höchstens 40,- € betragen.**

Kostenfrei: waschbare Bettschutzeinlage

Bis zu 3 waschbare, wiederverwendbare Bettschutzeinlagen können Sie jährlich von DIASHOP erhalten.

1 ANTRAG
auf Kostenübernahme

DIASHOP Bestens beraten, bestens versorgt. | Pflegebox

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

Versichertennr. | 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.
☐ • Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐ • Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
☐ • Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
☐ • Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐ • Schutzservietten (Einmal-Lätzchen)	54.99.01.4001
☐ • Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
☐ • Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
☐ • 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.
• 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

X Datum | X Unterschrift (Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r)

GENEHMIGUNGSVERMERK DER PFLEGEKASSE

☐ PG 54 bis max. des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 54 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte/r

☐ 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 Krankenk

Versichertennr. | Pflegegrad ☐ 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:

X zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis ma
nach § 40 Absatz 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monat
2 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:

X Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eige
Beteiligung 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 ausr

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vor der Bestellung der Pflegebox ausr
über informiert, dass die gewünschten Pflegehilfsmittel ausnahmslos für die ambula
Pflegedienst) verwendet werden dürfen.

Bitte die Unterschrift nicht vergessen

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

X Datum | X 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-fachgeschaefte

2 BESTELLUNG

DIASHOP Bestens beraten, bestens versorgt. | Pflegebox

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,- € Gesamtwert

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. Mit den AGB der DIASHOP GmbH (einzusehen unter 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.

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

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Vorname, Name

B Lieferadresse:

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

B Lieferadresse: ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Vorname, Name

ggf. Firma oder Postnummer

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.

C Auswahl der Produkte für Ihre Pflegebox:

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

Einmal-handschuhe
100 Stk., Preis: 9,52 €
☐ Menge
Größe S

☐ Menge
Bettschutzeinlagen
25 Stk., Preis: 12,20 €

☐ Menge
Hände-/Flächen Desinfektions-

☐ M
Schut
100 S

☐ M
Schut

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.

D Bestellung der kostenfreien Bettschutzeinlage – wiederverv

☐ Bitte senden Sie mir bis zu 3 kostenfreie waschbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 c

Diese Erlaubnis kann ich jederzeit widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz unter www.diashop.de/
zusehen unter www.diashop.de/agb) erkläre ich mich einverstanden. Hiermit bevollmächtige ich den/die oben g
meiner Pflegeboxen.

BITTE HIER UNTERSCHREIBEN

✗ Datum

✗ Unterschrift (Versicherte/r o

Bitte die Unterschrift nicht vergessen

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-fachgeschaefte

Kostenfreie Servicenummer: 0800 / 99 00 88 0

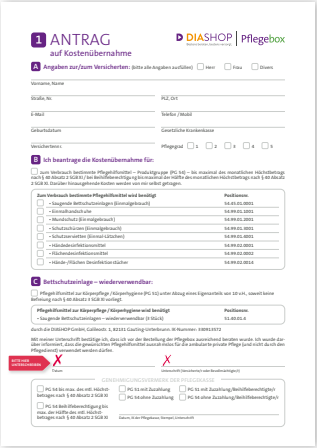
www.diashop.de/pflegebox

DIASHOP portofreier Rückumschlag

DIASHOP Bestens beraten, bestens versorgt. | Pflegebox

1 Diesen Vordruck bitte ausschneiden und auf einen Briefumschlag kleben.

2 Formulare einlegen und gleich in den Briefkasten werfen. Das Porto übernehmen wir für Sie.



+

>

DIASHOP Bestens beraten, bestens versorgt. | Pflegebox

Das Porto übernehmen wir für Sie

- Formulare „Antrag“ + „Bestellung“ ausgefüllt
- Unterschrift auf beiden Formularen

Nach der Genehmigung durch die Pflegekasse senden wir Ihnen Ihre DIASHOP Pflegebox.

FK 6050 6577 00 1000 0017
KE
Deutsche Post
RESPONSEPLUS

DIASHOP GmbH
Postfach 1220
82117 Gauting

DS1151153/V03/01–24