



Versicherte/r:

1.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Telefon / Mobil:			E-Mail:	

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

1.2	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon / Mobil:	
PLZ, Ort:			E-Mail:	







Pflegedienst (falls vorhanden):

1.3	Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

Lieferung der Box an:

1.4	den Versicherten	den Angehörigen	den Pflegedienst
-----	------------------	-----------------	------------------

Bitte wählen Sie eine Variante Ihrer Bestellung (gewünschte Box ankreuzen, monatlich wechselbar):

1.5	 <p>2x 100 Stk. Einmalhandschuhe 2x 500 ml Händedesinfektionsmittel 1x 500 ml Flächendesinfektionsmittel</p> <p>Pflege-Paket 1</p>	 <p>1x 25 Stk. Bettschutzeinlagen 2x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1x 500 ml Händedesinfektionsmittel 1x 500 ml Flächendesinfektionsmittel</p> <p>Pflege-Paket 2</p>
 <p>2x 25 Stk. Bettschutzeinlagen 1x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1x 500 ml Händedesinfektionsmittel</p> <p>Pflege-Paket 3</p>	 <p>2x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1x 500 ml Händedesinfektionsmittel 2x 500 ml Flächendesinfektionsmittel</p> <p>Pflege-Paket 4</p>	
 <p>3x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1x 500 ml Händedesinfektionsmittel 1x 500 ml Flächendesinfektionsmittel</p> <p>Pflege-Paket 5</p>	<p>Individuelle Box (Auswahlmöglichkeiten siehe 2.3) Unter dieser Telefonnummer können Sie mich anrufen:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin-top: 5px;">  </div>	

Einmalhandschuhe (Größe):

S	M	L	XL
---	---	---	----

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

Hiermit beauftrage ich die Curecare GmbH (Südwestkorso 14, 12161 Berlin; Tel: 030 / 620 015 44; Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg; Handelsregister: HRB Nr. 210410; Geschäftsführer Onur Cürebal) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller / Leistungseiner meinen etwaigen Kostenersatzanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Curecare GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung. Ich akzeptiere die AGB der Curecare GmbH und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden. Ich habe jederzeit das Recht, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen.



Ort, Datum



Unterschrift Versichte(r) oder Bevollmächtigte(r)



Versicherte/r:

Rot markierte Felder unbedingt ausfüllen!

2.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
	Straße, Nr.:			Geburtsdatum:
	PLZ, Ort:			
	Krankenkasse:			Pflegegrad: 1 2 3 4 5
	Versicherten-Nr.:			

Antrag auf Kostenübernahme:

2.2	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.
-----	--

2.3	Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
		Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
		Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
		Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
		Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
		Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
		Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

2.4	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.
-----	--

2.5	Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Positionsnummer
	1 2 3 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die Curecare GmbH mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die Curecare GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Curecare GmbH, solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Curecare GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.



Ort, Datum



Unterschrift Versichte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer **030 627 210 34**

- PG 54 bis 40,- € monatlich PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter
 PG 54 bis 20,- € monatlich PG 51 ohne Zzlg. PG 51 mit Zzlg. PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

Datum _____ IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift _____