

Bestellformular

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI Bitte in **D R U C K B U C H S T A B E N** ausfüllen



Versicherte/r:	
----------------	--

1.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
	Telefon / Mob	oil:		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:

Lieferung an:

1.3	den Versicherten	den Angehörigen
-----	------------------	-----------------

Auswahl (monatlich wechselbar):

1.4	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel						
	Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	Schutzschürzen - wiederverwendbar					
	Fingerlinge	Schutzservietten zum Einmalgebrauch					
	Einmalhandschuhe (S, M, L, XL)	Händedesinfektionsmittel					
	Medizinische Gesichtsmasken	Flächendesinfektionsmittel					
	Partikelfiltrierende Halbmasken	Händedesinfektionstücher					
	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	Flächendesinfektionstücher					

Bestellung:

1.5



Bitte tragen Sie Ihre Telefonnummer ein, damit wir telefonisch, gemeinsam Ihren Bedarf ermitteln können. Individuelle Box (Auswahlmöglichkeiten siehe 1.4)
Unter dieser Telefonnumer können Sie mich anrufen:



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

Hiermit beauftrage ich die Curecare GmbH (Bundesallee 185, 10717 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 / Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch 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.





Unterschrift Versichte(r) oder Bevollmächtigte(r)





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

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen



IK #221102272

Versicherte/r:					Rot m	arkiert	e Felder	unb	edingt a	usfülle	
Herr Frau	rr Frau <mark>Vorname:</mark>					Nachname:					
Straße, Nr.:					Geburtsdatum:						
PLZ, Ort:											
Krankenkasse:					Pflegegrad:	1	2	3	4	5	
Versicherten-Nr:											
Antrag auf Kostenüber Zum Verbrauch bestimmte I § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Be SGB XI. Darüber hinausgel	Pflegehilfsmittel - eihilfeberechtigu	ng bis maximal der H	älf	te des	monatlichen Höch						
		Zum Verbrauch be	sti	mmte	Pflegehilfsmittel						
Bettschutzeinlagen E	inmalgebrauch	54.45.01.0001			Schutzschürzen - wiederverwendbar			r	54.99.01.3002		
Fingerlinge	Fingerlinge				Schutzservietten zum Einmalgebraud				sh 54.99.01.4001		
Einmalhandschuhe	Einmalhandschuhe				Händedesinfektionsmittel				54.99.02.000		
Medizinische Gesich	54.99.01.2001			Flächendesinfektionsmittel				54.99.02.000			
Partikelfiltrierende Ha	54.99.01.5001			Händedesinfektionstücher				54.99.02.0014			
Schutzschürzen - Eir	54.99.01.3001			Flächendesinfektio	nstüche	er		54.99.0	2.0015		
Wiederverwendbare Be	ettschutzeinla	gen:									
Pflegehilfsmittel zur K Eigenanteils von 10 v							er Abzug e	eine	S		
Stückzahl (nach Beda	rf) Pfle	gehilfsmittel zur Kö	rpe	erpfle	ge / Körperhygien	е		Po	sitionsn	umme	
1 2 3	4 Wied	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm) 5						51.	1.40.01.4		
Hiermit bevollmächtige ich die Cure Pflegehilfsmitteln bei meiner zustä meine Daten zum Zwecke der Leis befreie meine Pflegekasse von ihre GmbH als meinen Leistungserbrin Leistungserbringer. Ich wurde vor dich darüber informiert wurde, dass oder Einrichtun-gen der Tagespfleg	ndigen Pflegekasse i stungserbringung nutz er Geheimhaltungspfl ger für Pflegehilfsmit der Übergabe der Pfle die gewünschten Pro	n meinem Namen. Die erforzen darf. Ich bin über mein icht gegenüber der Curecatel und Empfänger der Kostegehilfsmittel von der Curecatelute aus-nahmslos für die	Re Re are (ster care	erliche I cht info GmbH, nüberna e GmbH	Kommunikation erfolgt au rmiert worden, die Weite solange die Leistungspfl hmebestätigung der Pfle I umfassend beraten. Mit	sschließlid gabe mei cht bester gekasse u meiner he	ch durch die ner Daten an nt. Bitte verz und streiche eutigen Unte	Cure n Drit eichr n Sie rschr	ecare Gmbl te zu wider nen Sie die bereits vo ift bestätige	H, welch rufen. Ic Curecar rhanden ich, das	
X		X									
Ort, Datum		Unterschrift V	/er	sicht	e(r) oder Bevollmä	ichtigte	e(r)				
Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt) Bitte zurück an die Faxnummer 030 627 210 34											



PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift

PG 51 mit Zzlg.

☐ PG 51 ohne Zzlg.

PG 54 bis 20,- € monatlich

Datum -