



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:

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 Telefonnummer können Sie mich anrufen: 
-----	---	--

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 B; Geschäftsführer Mateusz Mieczyslaw Ratajczak) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inkl. 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.



Ort, Datum



Unterschrift Versichte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Curecare GmbH

Südwestkorso 14 | 12161 Berlin | Telefon 030 620 015 44 | Fax 030 627 210 34 | E-Mail info@curecare.de | IK #331108272





IK #331108272

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:

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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

2.2

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Bettsschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
Fingerlinge	54.99.01.0001	Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
Partikelfiltrierende Halbmasken	54.99.01.5001	Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015

Wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen:

2.3

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.

2.4

Stückzahl (nach Bedarf)

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene

Positionsnummer

1	2	3	4	Wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen (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. Ich wurde vor der Übergabe der Pflegehilfsmittel von der Curecare GmbH umfassend beraten. Mit meiner heutigen Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte aus-nahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.



Ort, Datum



Unterschrift Versicherte(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 _____

Curecare GmbH

Südwestkorso 14 | 12161 Berlin | Telefon 030 620 015 44 | Fax 030 627 210 34 | E-Mail info@curecare.de | IK #331108272

