

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer DESBOX!

Die DESBOX enthält Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40 € monatlich. Sie werden zu Hause von einem Angehörigen gepflegt und haben einen anerkannten Pflegegrad? Dann haben Sie einen gesetzlichen Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel. Diese Hilfsmittel erleichtern Ihnen den Alltag und Ihren Angehörigen die Pflege.

Um die Pflegehilfsmittel kostenlos erhalten zu können, müssen diese bei Ihrer Pflegekasse beantragt werden. Sofern Sie Ihre Pflegehilfsmittel im Rahmen einer DESBOX bestellen, übernehmen wir gerne kostenfrei die komplette Antragsstellung und Genehmigung für Sie.

So einfach gehts:

- 1** Füllen Sie das beiliegende Antrags-Formular aus. Bei Schwierigkeiten schauen Sie gerne in die beiliegende Ausfüllhilfe oder rufen Sie uns an. Wir empfehlen dabei, das Formular online vor auszufüllen.
- 2** Schicken Sie uns den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag portofrei per Post mit der beiliegenden frankierten Vorlage, per Fax (+49 5971 – 946 06 00) oder per E-Mail (antrag@desbox.de) zu. Nach Erhalt des ausgefüllten Formulars leiten wir dieses an Ihre Pflegekasse weiter und kümmern uns schnellstmöglich um die Genehmigung.
- 3** Fertig! Nach Bestätigung der Kostenübernahme liefern wir Ihnen unverzüglich die gewünschte DESBOX zu.

Haben Sie noch Fragen oder Wünsche?

Wenden Sie sich gerne an uns unter der Telefonnummer **+49 5971 – 946 06 06**. Alternativ können Sie uns auch gerne eine E-Mail an **info@desbox.de** schreiben.

Mit herzlichen Grüßen,
das DESBOX-Team

Ausfüllhilfe für Antrag Nr. **1**

1.1 Hier tragen Sie die persönlichen Daten des Pflegebedürftigen/Versicherten ein.
Hinweis: Denken Sie an die Pflegekasse und die Versichertennummer (diese finden Sie auch auf Ihrer Krankenversichertenkarte)!

1.2 Bitte kreuzen Sie hier die Kostenübernahme an, wenn Sie zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40€ monatlich kostenfrei erhalten möchten.

1.3 In dieser Tabelle können Sie ankreuzen, welche Pflegehilfsmittel Sie benötigen. Sollte sich Ihr Bedarf einmal ändern, können Sie einfach die Produkte monatlich in Ihrem Kundenbereich oder per Mail anpassen.

1.4 Mit einem Kreuz können Sie wiederverwendbare Bettschutzeinlagen zusätzlich zu den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln beantragen. Wiederverwendbare bzw. waschbare Bettschutzeinlagen können Sie zusätzlich zur Ihrer DESBOX von Ihrer Pflegekasse erhalten.
(Sie als Antragsteller müssen lediglich 10 Prozent der Kosten, maximal jedoch 25 Euro pro Hilfsmittel, zuzahlen. Ausnahme: Versicherte, die von der Zuzahlung befreit sind.)

Info: Wiederverwendbare bzw. waschbare Bettschutzeinlagen sind bei den jeweiligen Pflegekassen ein eigener Posten der nicht zur Produktgruppe zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) zählt und somit nicht über die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40 Euro abgedeckt ist. Die Pflegekassen erstatten die Kosten für bis zu drei Unterlagen pro Jahr zusätzlich.

1.5 Kreuzen Sie hier die Anzahl der benötigten wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen an.
Tipp: Wählen Sie 3 Bettschutzeinlagen, um häufiger wechseln zu können. Der Vorteil: Waschbare Bettschutzeinlagen verursachen weniger Müll und sind in der Regel besser verarbeitet als die saugenden Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch.

Hinweis: Denken Sie an das Datum und die Unterschrift!

Den Genehmigungsvermerk der Pflegekasse brauchen Sie nicht ausfüllen – dies übernimmt Ihre Pflegekasse.

1.1 Name des Versicherten/Pflegebedürftigen *

* Pflichtangaben

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>	
Straße, Nr.		<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geb.-Datum		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tel./Mobil	<input type="text"/>
Pflegekasse			<input type="text"/>	Pflegegrad	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Versichertennr.			<input type="text"/>	Pflegegrad seit: Monat	<input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	

1.2 Ich beantrage die Kostenübernahme für *

- 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.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

1.4 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

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

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

 Durch folgenden Leistungserbringer: DESBOX (Stegemann/Faut GbR)

Name und Anschrift des Leistungserbringers	Institutionskennzeichen (IK Nummer)
Stegemann/Faut GbR, Catenhorner Str. 83, 48431 Rheine	330504544

Hiermit bevollmächtige ich die Stegemann/Faut GbR (DESBOX) mit der Antragsstellung, Belieferung & Kommunikation mit meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen, hinsichtlich der Gewährung von Leistungen mit Pflegehilfsmitteln.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

X

Datum

X

Unterschrift

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis 40€ monatlich
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
 PG 54 bis 20€ monatlich
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nummer der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

Anträge zurücksenden

Nutzen Sie unseren Vordruck zum kostenlosen Rückversand!



Bitte hier ausschneiden

Entgelt
zahlt
Empfänger

Bitte hier ausschneiden



Deutsche Post 

ANTWORT

DESBOX.de - Pflegehilfsmittel
Stegemann/Faut GbR
Catenhorner Str. 83
48431 Rheine
Deutschland

Bitte hier ausschneiden

1 Schneiden Sie den Vordruck mit Hilfe der vorgegebenen Linie aus

2 Kleben Sie nun den Ausschnitt auf einen Briefumschlag.

Bitte achten Sie darauf, dass der Ausschnitt sicher klebt.

3 Stecken Sie nun das unterschriebene Formular in den Briefumschlag und senden Sie es uns per Post zu. Wir bezahlen das Porto.

i Sie können uns das Formular auch per Fax **+49 5971 946 06 00** oder eingescannt per E-Mail an **antrag@desbox.de** zukommen lassen.