

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau Herr

Vorname

Nachname

Telefon

E-Mail

Krankenkasse, IK

Versichertennummer

Anschrift

Anschrift Zusatz

Ort

PLZ

Versicherte(r) ist

gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert* beihilferechtigt über Ortsamt/Sozialamt versichert

*Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten der Pflegebox bei Ihrer Pflegekasse selbst.

Lieferadresse (falls abweichend)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Anschrift

Anschrift Zusatz

Ort

PLZ

Auswahl Pflegebox

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte Pflegebox an

<input type="checkbox"/> Pflegebox 1	<input type="checkbox"/> Pflegebox 2	<input type="checkbox"/> Pflegebox 3	<input type="checkbox"/> Pflegebox 4	<input type="checkbox"/> Pflegebox 5
200 Stk. Einmalhandschuhe 1000 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	100 Stk. Einmalhandschuhe 100 Stk. Fingerlinge 50 Stk. Mundschutz 100 Stk. Schutzschürzen 500 ml Flächendesinfektion	50 Stk. Bettschutzeinlagen 100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion	25 Stk. Bettschutzeinlagen 100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Stk. Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion	25 Stk. Bettschutzeinlagen 200 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe:

XS S M L XL

Ich habe Interesse an weiteren Pflegehilfsmitteln oder Produkten und möchte Informationen über die von mir oben angegebenen Kommunikationswege (z.B. Post, E-Mail, Telefon) erhalten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Kontaktdaten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die Transcare Service GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen. Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie in den beiliegenden Datenschutzhinweisen.

Unterschrift Versicherte(r)/ oder Bevollmächtigte(r)

Hinweis:

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r) befürchten muss.

TransCare Service GmbHBreslauer Straße 60
56566 Neuwied

Tel: 0 26 31- 92 55 -0 | Fax: 0 26 31- 92 55 -55

IK 330711259

Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

gem. § 78 Abs. 1 i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Name, Vorname	Geburtsdatum Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Nr.	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IK (Krankenkasse)	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG) 54 - bis maximal 40,00 EUR monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge	Preis	Benötigt werden	Anzahl/Einheit	Genehmigt werden	Anzahl/Einheit
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	50 Stck.	21,00 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Fingerlinge	100 Stck.	5,50 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Einmalhandschuhe	100 Stck.	7,00 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Mundschutz	100 Stck.	7,00 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck.	13,00 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Schutzschürzen - wieder verwendbar	1 Stck.	25,00 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Händedesinfektionsmittel	500 ml	8,00 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	6,00 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Saugende Bettschutzeinlagen	1 Stck.	25,50 €	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
-----------------------------	---------	---------	--	----------------------	--	----------------------

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

PG 54 Bis zu 40,00 € monatlich
 PG 54 Bis zu 20,00 € monatlich
 PG 51 Mit Eigenanteil
 PG 51 Ohne Eigenanteil

 Unterschrift des/r Pflegebedürftigen / deren ges. Vertreter /
 Betreuer

IK der Pflegekasse

 Datum, Stempel, Unterschrift der
 Pflegekasse

So kommt die Pflegebox-Premium zu Ihnen:



1

Antrag herunterladen
und ausfüllen



2

Antrag an uns
senden



3

Wir erledigen alle
Formalitäten



4

Pflegebox-Premium kostenfrei
zugeschickt bekommen

Bitte hier falten 

Nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben

Bringen Sie den Klebestreifen auf der orange schraffierten Fläche an und legen Sie ihn um die Kante, damit Ihre Daten sicher bei uns ankommen.

Den Versand Ihres Antrages übernehmen wir gerne für Sie. Nutzen Sie einfach diesen faltbaren Rückumschlag. So geht's:

1

Falten Sie dieses Blatt entlang der gestrichelten Linien. Möchten Sie uns mehrere Seiten senden, so legen Sie diese mit ein.

2

Nun kleben Sie die gefalteten Blätter an der roten Fläche mit einem Klebestreifen zu – fertig ist der Rückumschlag, den Sie nun portofrei an uns zurücksenden können.

A

Alternativ können Sie den Antrag auch in einem frankierten Umschlag an uns zurücksenden.



falten

falten

1

2

zukleben und portofrei verschicken

A

Alternativ im
Umschlag verschicken



Bitte hier falten 



**Pflegebox-
Premium**

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

TransCare Service GmbH
Postfach 2416
56514 Neuwied