

Antrag auf Kostenübernahme



- ☐ Herr
☐ Frau

Daten der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Pflegekasse
Pflegegrad	Versichertennummer
Telefon	E-Mail Adresse

Deine Medibox Oldenburg

Harreweg 16
26133 Oldenburg

Mobil: 01785914643
Telefon: 044118071663
E-Mail: info@deine-medibox-ol.de
Web: www.deine-medibox-ol.de

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel-Produktgruppe 54 bis maximal 40 € monatlich / bei Beihilfeanspruch 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte ankreuzen	Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)	Positions-Nr.:
☐	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
☐	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
☐	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
☐	Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2-oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001
☐	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
☐	Händedesinfektion keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
☐	Flächendesinfektion keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002
☐	Schutzservietten zum Einmalgebrauch mit Auffangtasche (Esslätzchen)	54.99.01.4001

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

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51)	Stückzahl	Positions-Nr.:
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungsbringer
Deine Medibox Oldenburg / Harreweg 16 / 26133 Oldenburg

Institutionskennzeichen: **IK 330302937**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Lieferung an den Pflegedienst einverstanden und bestätige darüber informiert worden zu sein, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private pflege (und nicht durch den pflegedienst) verwendet werden dürfen.

Datum und Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

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

Datum

IK-Nr. der Pflegeklasse

Stempel/Unterschrift



Patientenerklärung zur Wahl des Leistungserbringers.

(falls zutreffend) Kündigung des bisherigen Leistungserbringers.

Name, Vorname Versicherter

Anschrift

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versicherungsnummer

☐ **1. Wahl des Leistungserbringers**

Ich mache von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und beauftrage mit sofortiger Wirkung aus der Vielzahl der Leistungserbringer die Firma Meine Medibox Ol IK **330302937** (nachfolgend: Versorger genannt) mit der Versorgung mit benötigten Pflegehilfsmitteln entsprechend meinem Anspruch gemäß §40 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (5GB) XI.

☐ **2. Einwilligung Datenweitergabe**

Der Versorger verarbeitet meine personal bezogenen Daten zur Abwicklung der Bestellung und zu Abrechnungszwecken. Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung verarbeitet der Versorger meine Daten in anonymer Form. Die Daten werden beim Versorger automatisiert verarbeitet.

Mir ist bekannt, das ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versorger widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

ggd. Unterschrift des Gesetzl.
Betreuers oder des Bevollmächtigten