

## Seite 1 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation...

Damit Sie die **Meine PFLEGEBOX**, Ihre kostenlose Pflegehilfsmittelbox, erhalten können, ist ein Antrag bei Ihrer Pflegekasse erforderlich. Da das Ausfüllen dieses Antrags mitunter kompliziert sein kann, haben wir eine einfache Anleitung für Sie erstellt. Der Antrag besteht aus zwei Blättern. Damit Ihre Pflegehilfsmittel bewilligt werden, ist es wichtig, dass beide Seiten vollständig ausgefüllt werden. Sobald Sie den Antrag ausgefüllt haben, kümmern wir uns um den Versand an Ihre Pflegekasse.

Bitte tragen Sie hier den vollständigen **Nachnamen und Vornamen** der Person ein, die Pflegehilfsmittel über **Meine PFLEGEBOX** beantragen möchte. Achten Sie darauf, dass die Angaben mit den Daten übereinstimmen, die Ihrer Pflegekasse vorliegen.

Hier bitte das Geburtsdatum der pflegenden Person eintragen

Hier tragen Sie die Versicherungsnummer der pflegebedürftigen Person ein (wie auf der Gesundheitskarte)

Tragen Sie hier die vollständige Anschrift der pflegebedürftigen Person ein.

Dazu gehören:

- **Straße und Hausnummer** (z. B. Musterstraße 12)
- **Postleitzahl** (z. B. 12345)
- **Wohnort** (z. B. Musterstadt)

Damit Ihr Antrag auf **Meine PFLEGEBOX** bearbeitet werden kann, müssen Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

**Hinweis:** **Meine PFLEGEBOX** stellt Ihnen die benötigten Pflegehilfsmittel bis zum monatlichen Höchstbetrag von 42 € kostenlos zur Verfügung. Unser Service ist für Sie völlig kostenfrei es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Bitte tragen Sie die gewünschte Handschuhgröße sowie eventuelle Allergien (z. B. Latexallergie) auf dem Blatt „Ihre Daten“ ein. So stellen wir sicher, dass Sie die passenden Handschuhe erhalten.

**Wichtig:** Bitte setzen Sie ein Kreuz an der entsprechenden Stelle, wenn Sie waschbare Bettschutzeinlagen beantragen möchten. So stellen wir sicher, dass Sie die benötigten Produkte erhalten.

**Hinweis:** Dieses Produkt zählt nicht zu den Pflegehilfsmitteln im Wert von bis zu 42 €. Mit **Meine PFLEGEBOX** erhalten Sie es dennoch kostenfrei und ohne Zuzahlung.

AC/TK: 19 00 P50

**Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel Produktgruppe (PG 54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/>	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<input type="text"/>	

17

Bitte tragen Sie hier den Namen der Pflegekasse ein, bei der die pflegebedürftige Person versichert ist. In den meisten Fällen ist dies die gleiche Institution wie die Krankenkasse. Diese Angabe ist erforderlich, damit der Antrag korrekt bearbeitet werden kann.

Tragen Sie hier für jedes Pflegehilfsmittel, das in **Meine PFLEGEBOX** enthalten sein soll, die **gewünschte Menge pro Monat** ein.

Falls Sie unsicher sind, welche Menge Sie benötigen, helfen wir Ihnen gerne in einer telefonischen Beratung, um Ihren individuellen Bedarf optimal zu ermitteln.

Basierend auf Ihrem angegebenen monatlichen Bedarf berechnen wir für Sie die entsprechende Anzahl der Packungen, damit Sie optimal mit den benötigten Pflegehilfsmitteln versorgt sind.

**Hinweis:** Sollte sich Ihr Bedarf an **Pflegehilfsmitteln ändern**, können Sie die **Zusammenstellung Ihrer Pflegebox jederzeit flexibel anpassen**. So stellen wir sicher, dass Sie stets die Produkte erhalten, die Sie wirklich benötigen.

Tragen Sie hier die gewünschte Anzahl an waschbaren Bettschutzeinlagen ein. Maximal sind 4 Stück pro Jahr möglich. So können wir sicherstellen, dass Sie die benötigten Bettschutzeinlagen im richtigen Umfang erhalten.

### Beispiel 1: Mengenangabe für Einmalhandschuhe

Tragen Sie hier ein, **wie viele einzelne Handschuhe** Sie pro Monat benötigen.

Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text" value="200"/>
---	---------------	---------	----------------------------------

- **Beispiel:** Sie geben **200 Stück** an das entspricht **100 Paar Handschuhe**.
- Wir berechnen anschließend die benötigte Anzahl an Packungen, um Ihnen die gewünschte Menge bereitzustellen.

### Beispiel 2: Mengenangabe für Flüssigkeiten

Tragen Sie hier die Menge an flüssigem Händedesinfektionsmittel ein, die Sie monatlich benötigen.

Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text" value="5"/>
--------------------------	---------------	--------	--------------------------------

- **Beispiel:** Sie geben **500 ml** an.
- Das entspricht **5 x 100 ml-Flaschen** (100 ml x 5 = 500 ml = 0,5 Liter).
- Wir berechnen die erforderliche **Anzahl an Packungen**, um Ihnen die gewünschte Menge bereitzustellen.

## Seite 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation ... (Blatt 2)

In dieser Anleitung erklären wir Ihnen, wie Sie das Antragsformular „Anlage 2“ korrekt ausfüllen.

- Damit Sie Pflegehilfsmittel zum Verbrauch erhalten, müssen beide Blätter vollständig ausgefüllt werden.
  - Sobald der Antrag ausgefüllt ist, übernehmen wir den Versand an Ihre Pflegekasse für Sie.
- Falls Sie Fragen haben oder Unterstützung benötigen, helfen wir Ihnen gerne weiter!

### Option 1: Beratung

Falls Sie ein Beratungsgespräch mit uns geführt haben, füllen Sie bitte diesen Bereich aus.

### Bestätigung der Beratung:

Bitte setzen Sie ein Kreuz, um zu bestätigen, dass Sie beraten wurden.

### Art der Beratung:

Setzen Sie ein Kreuz, um anzugeben, ob die Beratung telefonisch, persönlich oder online stattgefunden hat.

### Beratungsteilnehmer:

Bitte kreuzen Sie an, ob die pflegebedürftige Person selbst oder eine angehörige Person beraten wurde.

### Wichtige Informationen zur Nutzung:

Bitte bestätigen Sie per Kreuz, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

1. Die Produkte dürfen nur von privaten Pflegepersonen in der häuslichen Pflege genutzt werden.
2. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten bis maximal 42 € pro Monat für genehmigte Pflegehilfsmittel.

**Hinweis:** Die Pflegebox stellt Ihnen die Pflegehilfsmittel kostenfrei zur Verfügung – es entstehen keine zusätzlichen Kosten für Sie.

### Aktuelles Datum eintragen:

Bitte tragen Sie das Datum im Format TT.MM.JJJJ ein (z. B. 08.05.2025-12345678).

### Option 2: Keine Beratung

Falls Sie kein Beratungsgespräch benötigen, lassen Sie diesen Bereich frei. Wichtig: In diesem Fall füllen Sie bitte das Formular „Ablehnung der persönlichen Beratung“ aus.

### Datum der Beratung (falls zutreffend):

Falls eine Beratung doch stattgefunden hat, tragen Sie das Datum im Format TT.MM.JJJJ ein (z. B. 08.05.2025-12345678).

### Unterschrift erforderlich:

Die pflegebedürftige Person oder deren Bevollmächtigte/r muss den Antrag unterschreiben.

### Für die Pflegekasse:

Diesen Bereich bitte frei lassen, da er nur bei Nachfrage durch die Pflegekasse ausgefüllt wird.

AC/TK: 19 00 P50

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
	_____

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigte oder Angehörige)

Datum der Beratung: \_\_\_\_\_

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtigt
	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigt

(Datum) (OK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

18

# Bestellformular

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

## Pflegeperson (bitte die wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer/in eintragen)

Herr  Frau

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ehe-/Lebenspartner

Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt

(Schwieger)-tochter/-sohn

Nicht gesetzlich bevollmächtigt

Sonstiger Angehöriger/Freund

## Pflegedienst (bitte ausfüllen falls zutreffend)

Name Pflegedienst \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Lieferung der Box an (bitte unbedingt ausfüllen)

Versicherte/r

Pflegeperson/Betreuung

## Lieferoptionen

Erstbestellung Pflegebox

Lieferantenwechsel ab \_\_\_\_\_

## Bitte Handschuhgröße festlegen\*

S  M  L  XL

\*Wenn nichts angekreuzt ist, werden Handschuhe in Größe M geliefert.

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

Hiermit beauftrage ich die teamVitaale Gesundheitsservice GmbH (Lange Wende 5a in 59069 Hamm; Tel: 02385-93513-0; Registergericht: HRA; Registernummer: 16998; Geschäftsführer Marcus Diekmann) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die teamVitaale Gesundheitsservice GmbH ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die teamVitaale Gesundheitsservice GmbH zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzhinweise (einzu-sehen unter: <https://pfliegerwohl.de/datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an [widerruf@pfliegerwohl.de](mailto:widerruf@pfliegerwohl.de)) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB der Vitaalebox und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzu-sehen am Ende des Dokuments). Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der teamVitaale Gesundheitsservice GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote. Diese Einwilligung kann jederzeit am Ende jedes Newsletter oder per Mail an [newsletter@pfliegerwohl.de](mailto:newsletter@pfliegerwohl.de) widerrufen werden.

Datum **X** \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) **X** \_\_\_\_\_

# Wechselerklärung

Zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln

**Versicherte/r** (Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder)

Herr  Frau Vorname\* \_\_\_\_\_ Nachname\* \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.\* \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

## Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

teamVitaale Gesundheitsservice GmbH  
Meine PFLEGEBOX von PFLEGERWOHL  
Lange Wende 5a  
59069 Hamm

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

teamVitaale Gesundheitsservice GmbH  
Meine PFLEGEBOX  
IK: 330597238

Dort nehme ich ab dem Monat \_\_\_\_\_ 202\_\_ den Service der monatlichen „**Meine PFLEGEBOX**-Lieferung“ in Anspruch.  
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum ✗ \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) ✗ \_\_\_\_\_

## Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer)

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	_ _ _	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	_ _ _	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	_ _ _	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	_ _ _	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	_ _ _	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	_ _ _	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	_ _ _	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	_ _ _	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	_ _ _	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	_ _ _	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	_ _ _	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	_ _ _	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge ein- tragen	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	_ _ _	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
	3   3   0   5   9   7   2   3   8

- Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
  - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

- Form des Beratungsgesprächs:
- Beratung in den Geschäftsräumen
  - Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
  - Beratung in der Häuslichkeit

- Der o. g. Leistungserbringer hat
- mich persönlich und/oder
  - meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

(Datum)

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)