

Versicherte/r:

1.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
-----	------	------	----------	-----------

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:	






Pflegedienst (falls vorhanden):

1.3	Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

Lieferung der Box an:

1.4	den Versicherten	den Angehörigen	den Pflegedienst
-----	------------------	-----------------	------------------

Bitte wählen Sie eine Variante der curabox (gewünschte Box ankreuzen, monatlich wechselbar):

1.5	 25 Stk. 100 Stk. 500 ml 2x 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	1	 25 Stk. 2x 100 Stk. 500 ml 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	2
	 - - 2x 100 Stk. 2x 500 ml 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	3	 - - 2x 100 Stk. 500 ml 2x 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	4
	 2x 25 Stk. - - 500 ml 500 ml	Bettschutzeinlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	5	Individuelle curabox (Auswahlmöglichkeiten siehe 2.3) Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück: <input data-bbox="900 1534 1484 1590" type="text"/>		6

Einmalhandschuhe (Größe):

S	M	L	XL
---	---	---	----

Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

 Ohne Aufpreis Bis zu 300 Mal waschbar


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

Hiermit beauftrage ich die web care LBJ GmbH (Spitalerstraße 32 in 20095 Hamburg; Tel: 040 226 161 60; Registergericht: HRB; Registernummer: 117601; Geschäftsführer Lars Kilchert, Sabine Schöler) 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 der Pflegekasse an die web care LBJ GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung und habe jederzeit das Recht, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Weitere Informationen hierzu finde ich in den Datenschutzhinweisen (einzusehen auf der Rückseite dieses Antrags).


 Datum _____


 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____

Datenschutzhinweise - pflege.de -

1. Verantwortlicher (Verantwortliche von pflege.de)

Die web care LBJ GmbH, Spitalerstr. 32, 20095 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 226 161 60, Fax: +49 (0) 40 226 161 610, E-Mail: info@pflege.de (nachfolgend „**Verantwortliche**“), betreibt das unter pflege.de aufrufbare Portal mit seinen Unterseiten (nachfolgend „**Portal**“) und ist Verantwortliche i.S.v. Art. 4 Nr. 7 DSGVO.

2. Datenschutzbeauftragter

Bei Fragen zu oder Anliegen zum Datenschutz können Sie sich auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden:

Julian Grabbe

Jentzsch IT Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

Alsterarkaden 13

20354 Hamburg

Tel.: 040 22 86 83 86 6

E-Mail: julian.grabbe@smartdpo.eu

Zu Fragen und Ausübung Ihrer Betroffenenrechte wenden Sie sich bitte unter Angabe Ihrer E-Mail-Adresse und Ihres Namens formlos an betroffenenrechte@pflege.de

3. Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Der Verantwortliche verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie dem Verantwortlichen diese Daten Ihrerseits im Rahmen der Bestellung von Informationsmaterial oder eines Newsletter, der Bestellung oder Vermittlung von Waren oder Leistungen des Verantwortlichen oder Dritter, einer anderweitigen Nutzung des Portals oder einer sonstigen Kontaktaufnahme (z.B. per Kontaktformular, E-Mail oder Telefon) mitteilen (vgl. auch die Einwilligungserklärung(en)).

Im Rahmen der oben erwähnten Interaktion mit Ihnen werden die hierfür jeweils erforderlichen Daten (z.B. Kontaktdaten, Name, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Pflegegrad und ggf. Weitere) erhoben. Darüber hinaus können weitere Daten abgefragt werden, die für die Beratung und die bedarfsgerechte Information hilfreich sind; die Eingabe dieser Daten ist jedoch freiwillig und entsprechend gekennzeichnet. Der Verantwortliche verwendet die von Ihnen mitgeteilten Daten zur Bearbeitung Ihrer Anfragen oder der Vertragsabwicklung. Damit Sie dem Verantwortlichen im Falle von Anfragen bzw. bei laufenden Beratungen nicht wiederholt die gleichen Informationen mitteilen müssen, speichert er diese solange ab, wie sie für die Klärung der Anfrage oder die Kundenbeziehung benötigt werden.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b DSGVO, wenn sie einer Vertragsabwicklung oder vertragsvorbereitenden Maßnahmen dient. Soweit Sie in die Datenerhebung und Datenverarbeitung eingewilligt haben, richtet sich die Datenverarbeitung nach § Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO.

3.1. Alle personenbezogenen Daten werden auf Servern in Deutschland oder innerhalb der EU gespeichert oder verarbeitet. Eine Datenübermittlung an Stellen außerhalb der EU erfolgt nur im nach Art. 44 DSGVO zulässigen Rahmen.

4. Datenübermittlung an Dritte

4.1. Der Verantwortliche wird Ihre personenbezogenen Daten nur in den folgenden Fällen an Dritte weitergeben:

4.1.1. Wenn die Übermittlung sonst zur Erbringung einer von Ihnen angefragten bzw. beauftragten Leistung (z.B. curabox) notwendig ist; oder

4.1.2. Wenn eine zwingende behördliche oder gerichtliche Anordnung vorliegt.

4.2.1. Die mit dem Bestellformular für die Curabox erhobenen Daten werden zur Abwicklung des Bestellvorgangs benötigt. Soweit Sie eine Kostenerstattung durch Ihre Pflegekasse wünschen, werden die hierzu erforderlichen Daten – einschließlich der Pflegestufe des Betroffenen – zunächst an die jeweilige Pflegekasse zur Genehmigung der pauschalen Erstattung gesendet. Nach erfolgter Genehmigung erhält der jeweilige Hilfsmittelversender die für die Abwicklung und Zustellung der Curabox erforderlichen Daten.

5. Rechte der betroffenen Personen

Bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie folgende Rechte, über die wir nachfolgend gerne informieren. Sie können sich hierzu an den Verantwortlichen oder den Datenschutzbeauftragten wenden, die Kontaktdaten finden Sie oben unter 1. und 2.

5.1. Auskunftsrecht

Auf Verlangen bestätigt der Verantwortliche Ihnen ob betreffende, personenbezogene Daten verarbeitet werden. Ist dies der Fall, haben Sie ein Recht über Ihre Informationen beauftragt zu werden. Auf Verlangen erhalten Sie dabei eine Kopie der von Ihnen erhobenen und verarbeiteten Daten. Dies geschieht grds. unentgeltlich.

5.2. Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht, die unverzügliche Berichtigung ihn betreffender unrichtiger personenbezogener Daten zu verlangen. Es steht Ihnen das Recht zu, unter Berücksichtigung der Zwecke der Verarbeitung, die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten – auch mittels einer ergänzenden Erklärung – zu verlangen.

5.3. Recht auf Löschung (sog. Recht auf Vergessenwerden)

Auf Verlangen bzw. nach Kündigung des Vertrages mit dem Verantwortlichen werden Ihre personenbezogenen Daten umgehend gelöscht, wenn dem nicht steuer- oder handelsrechtliche Aufbewahrungs- oder Dokumentationspflichten entgegenstehen oder die Sicherstellung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen gefährdet ist.

5.4. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Sperrung)

Sie haben das Recht, die Einschränkung der Verarbeitung, also die Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten für die Verarbeitung zu verlangen.

5.5. Recht auf Datenübertragbarkeit (Datenportabilität)

Auf Verlangen können Ihre Daten kostenpflichtig in einem für Sie und einen im Anschluss tätigen Dienstleister strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung gestellt werden, um eine schnelle Übertragung zu ermöglichen. Dies gilt jedenfalls, soweit die Verarbeitung auf einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 a DSGVO oder Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO oder auf einem Vertrag gemäß Art. 6 Abs. 1 b DSGVO beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.

5.6. Widerspruchsrecht

Ihnen steht zudem ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu. Erfolgt die Verarbeitung zum Zwecke der Direktwerbung, besteht dieses Recht jederzeit. Anderenfalls kann das Recht ebenfalls aus Gründen bestehen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogener Daten Widerspruch einzulegen. Dies gilt nur soweit die Verarbeitung aufgrund Art. 6 Abs. 1 Buchstaben e oder f DSGVO erfolgt (Wahrnehmung öffentlicher Interessen oder Wahrung berechtigter Interessen durch/ des Verantwortlichen). Um dieses Widerrufsrecht auszuüben, können Sie uns unter Nennung Ihrer E-Mail-Adresse und Ihres Namens eine formlose Nachricht an betroffenenrechte@pflege.de senden, in der Ihre Widerrufsabsicht zum Ausdruck kommt.

5.7. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Sind Sie der Ansicht, dass ein Verstoß gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen vorliegt, steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu. Dies ist beispielsweise für den Verantwortlichen der Hamburgischen Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit [Link: <https://www.datenschutz-hamburg.de>]

6. Änderung dieser Datenschutzerklärung

Der Verantwortliche behält sich das Recht vor, Sicherheits- und Datenschutzmaßnahmen anzupassen, soweit dies wegen der technischen oder rechtlichen Entwicklung erforderlich wird. In diesen Fällen wird der Verantwortliche auch diese Hinweise zum Datenschutz entsprechend anpassen. Bitte beachten Sie daher die jeweils aktuelle Version unserer Datenschutzerklärung.

7. Fragen und Kontakt

Ihnen stehen die unter 5. aufgeführten Rechte zu. Bei allen Anliegen zum Datenschutz wenden Sie sich an betroffenenrechte@pflege.de oder den Datenschutzbeauftragten (Kontaktdaten unter 2.).

Versicherte/r:

2.1	Herr	Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:			Telefon/Mobil*:	
PLZ, Ort*:				
E-Mail:			Geburtsdatum*:	
Krankenkasse*:			Pflegegrad*: 1 2 3 4 5	
Versichertenr.*:			Pflegegrad/-stufe seit: Monat _____ Jahr _____	

* Pflichtfeld

Antrag auf Kostenübernahme:

2.2	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.
-----	--

2.3	Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
		Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
		Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
		Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
		Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
		Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
		Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

2.4	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.
-----	--

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
1 2 3 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die web care LBJ GmbH (curabox von pflege.de) 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 web care LBJ GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der web care LBJ GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die web care LBJ GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

 Datum _____

 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer **040 226 161 645**

PG 54 bis 40,- € monatlich

PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter

IK #330204518

PG 54 bis 20,- € monatlich

PG 51 ohne Zzlg.

PG 51 mit Zzlg.

PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

Datum _____

IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift _____

1

Ausfüllhilfe Bestellformular

Wichtig:

Bitte füllen Sie Formular **1 Bestellformular** und **2 Antrag auf Kostenübernahme** aus.

1.1 Versicherte/r: Persönliche Daten des Versicherten.

1.2 Angehörige/r: Persönliche Daten des Angehörigen, bzw. der Pflegeperson oder des Betreuers.

1.3 Pflegedienst: Informationen zum betreuenden Pflegedienst (falls vorhanden).

1.4 Lieferung der Box an: Empfänger der curabox ankreuzen.

1.5 Angaben zur curabox (monatlich änderbar): Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Variante. Später jederzeit per E-Mail, Post oder Telefon änderbar.

Einmalhandschuhe: Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Handschuhgröße. Die Handschuhe werden standardmäßig in hochwertigem Vinyl (Weiß) geliefert.

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen: Bitte ankreuzen, wenn Sie zusätzlich kostenlos wiederverwendbare Bettschutzeinlagen erhalten wollen (für Sie 0,00 € statt 26,16 €).

Wenn gewünscht, erhalten Sie diese in einer separaten Lieferung.

1 Bestellformular 
zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

1.1 Herr Frau Vorname: _____ Nachname: _____

1.2 Herr Frau Vorname: _____ Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon/Mobil: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

1.3 **Pflegedienst** (falls vorhanden):
Name Pflegedienst: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____

1.4 **Lieferung der Box an:**
 den Versicherten den Angehörigen den Pflegedienst

1.5 **Bitte wählen Sie eine Variante der curabox (gewünscht oder nicht gewünscht, beliebig wählbar und frei wechselbar):**


<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bett- schutzeinlagen 100 Stk. Einmal- handschuhe 500 ml 2x 500 ml	<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bett- schutzeinlagen 100 Stk. Einmal- handschuhe 500 ml 2x 500 ml	<input type="checkbox"/> 2x 100 Stk. Bett- schutzeinlagen 2x 100 Stk. Einmal- handschuhe 500 ml 2x 500 ml	<input type="checkbox"/> 2x 100 Stk. Bett- schutzeinlagen 2x 100 Stk. Einmal- handschuhe 500 ml 2x 500 ml
---	---	--	--

Einmalhandschuhe (Größe):
 S M L XL Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen
✓ Ohne Aufpreis ✓ Bis zu 300 Mal waschbar

Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)
Hiermit beauftrage ich die web care LBJ GmbH (Spitalstraße 32 in 20095 Hamburg; Tel: 040 226 161 645; Registergericht: HRB; Registernummer: 117601; Geschäftsführer: Lars Riehm, Sabine Schöler) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß §188 BGB gegenüber der Pflegekasse an die web care LBJ GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung und akzeptiere die AGB der curabox (einzu sehen unter: www.curabox.de/agb).

Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

*web care LBJ GmbH
curabox von pflege.de | Spitalstraße 32 | D-20095 Hamburg | Fax 040 226 161 645 | Telefon 0800 666 222 141 | E-Mail curabox@pflege.de | IK #330204518

 **Hinweis:** Datum und Unterschrift nicht vergessen.



Die Ausfüllhilfe für Formular **2 Antrag auf Kostenübernahme** finden Sie auf der Rückseite **(bitte wenden)**

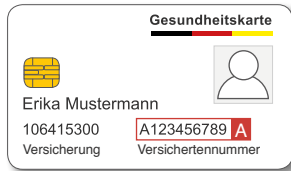
2

Ausfüllhilfe Antrag auf Kostenübernahme

Wichtig:

Bitte füllen Sie Formular **1 Bestellformular** und **2 Antrag auf Kostenübernahme** aus.

2.1 Versicherte/r: Persönliche Daten des Versicherten.



2.2 Antrag auf Kostenübernahme: Bitte ankreuzen, wenn Sie kostenlose Pflegehilfsmittel benötigen.

2.3 Benötigte Pflegehilfsmittel: Bitte kreuzen Sie die Inhalte an, die Sie für Ihre bei 1.5 gewählte Boxvariante benötigen.

Unser Tipp: Um später zwischen den Boxen 1-5 problemlos wechseln zu können, wählen Sie folgende Inhalte aus:

Bettstutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Händedesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel.

2.4 Wiederverwendbare Bettstutzeinlagen: Bitte ankreuzen, wenn Sie wiederverwendbare Bettstutzeinlagen benötigen.

Kreuzen Sie außerdem an, wie viele dieser Bettstutzeinlagen Sie jährlich benötigen.

Unser Tipp: Wählen Sie 4 Bettstutzeinlagen aus, damit Sie diese häufiger wechseln können.

2

Antrag auf Kostenübernahme
zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI
 Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

Versicherte/r:

2.1 Herr Frau Vorname*: _____ Nachname*: _____
 Straße, Nr.*: _____ Telefon/Mobil*: _____
 PLZ, Ort*: _____
 E-Mail: _____ Geburtsdatum*: _____
 Krankenkasse*: _____ Pflegegrad*: 1 2 3 4 5
 Versichertenr.*: _____ Pflegegrad/-stufe seit: Monat _____ Jahr _____ * Pflichtfeld

Antrag auf Kostenübernahme:

2.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI.

2.3	Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bettstutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (pudertrocken)	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel (Flüssigkeit)	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel (Gel)	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (wasserabweisend)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (wasserabweisend, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

Wiederverwendbare Bettstutzeinlagen:

2.4 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
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	Wiederverwendbare Bettstutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

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

Ich beauftrage die web care LBJ GmbH (curabox von pflege.de) mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die web care LBJ GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Meine Daten dürfen von web care LBJ zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer 040 226 161 645

PG 54 bis 40,- € monatlich PG 51 ohne Zzgl./Beihilferechtigtger IK #330204518
 PG 54 bis 20,- € monatlich PG 51 ohne Zzgl. PG 51 mit Zzgl. PG 51 mit Zzgl./Beihilferechtigtger

Datum _____ IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift _____

web care LBJ GmbH
curabox von pflege.de | Spitalerstraße 32 | D-20095 Hamburg | Fax 040 226 161 645 | Telefon 0800 666 222 141 | E-Mail curabox@pflege.de | IK #330204518

Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen.

Beide Formulare (**1** , **2**) unterschrieben zurückschicken an:

Portofrei per Post:
Mit beiliegendem Rückumschlag

per Fax:
040 226 161 645

per E-Mail:
curabox@pflege.de



Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse ein. Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere für Sie! Die Genehmigung erfolgt innerhalb von max. 4 Wochen. Nach Erhalt der Genehmigung erhalten Sie umgehend Ihre gewünschte curabox.