

2.

Antrag auf Kostenübernahme

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN



2.1

Angaben zur pflegebedürftigen Person/Versicherte(r)

Herr Frau Vorname*:
 Name*:
 Straße/Nr.*:
 PLZ/Ort*:
 Geburtsdatum*:
 Telefon/Mobil*:
 Krankenkasse*:
 Versicherten-Nr.*:

2.2

Antrag auf Kostenübernahme

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.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
Bettsschutzunterlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001

2.3

Wiederverwendbare Bettsschutzunterlagen: **Senobox übernimmt Ihren Eigenanteil – 100% Kostenlos für Sie!**

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.

2.4

Stückzahl wählen Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene Positionsnummer

1 2 3 Wiederverwendbare Bettsschutzunterlagen (75x85cm) 51.40.01.41

Ich beantrage die Kostenübernahme und bevollmächtige ich die Senobox UG (Rübenkamp 17c in 21220 Seevetal Maschen; Telefon: 04105/1497490; Registergericht Lüneburg ; HRB: 209661 ; Geschäftsführer : André Weise & Moritz Dieck) mit der Antragstellung , Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Versorgung von Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen und stimme der Verarbeitung /Weitergabe meiner angegebenen personenbezogenen Daten zu diesem Zweck zu. Ich habe die AGB sowie die Datenschutzhinweise (einzusehen unter www.senobox.de) zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung meiner angegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Leistungserbringung durch die Senobox zu. Ein Widerruf meines Einverständnisses ist ohne jegliche Begründung (E-Mail an info@senobox.de oder postalisch) möglich. 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. Bitte verzeichnen Sie die Senobox UG als meinen neuen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung und streichen Sie bestehende Leistungserbringer.

2.5



Datum



Unterschrift des Versicherten/Vertreters

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis 40,- € monatlich	PG 51 ohne Zzgl./ Beihilfeberechtigter	IK# 330302595
PG 54 bis 20,- € monatlich	PG 51 ohne Zzgl. PG 51 mit Zzgl.	

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift