

1.

# Bestellformular

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN



1.1

Angaben des Versicherten

Frau  Herr Vorname:  Nachname:   
 Straße/Nr.:  PLZ/Ort:   
 E-Mail:  Telefon:   
 Pflegegrad:  1  2  3  4  5  Kein Pflegegrad vorhanden  
 Versicherte/r ist:  gesetzlich versichert  privat versichert  beihilfeberechtigt

1.2

Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson)

Frau  Herr Vorname:  Nachname:   
 Straße/Nr.:  PLZ/Ort:   
 Telefon:  E-Mail:

1.3

Auswahl der Pflegehilfsmittel

Gewünschte Pflegehilfsmittel bitte ankreuzen - anschließend stellen wir den Inhalt Ihrer Pflegebox anhand Ihres Bedarfs und im Rahmen der Pauschale zusammen. Info: Eine gewünschte Änderung Ihrer Produktauswahl ist jeden Monat möglich.

<input type="radio"/>	 Desinfektionstücher 48 Stück	<input type="radio"/>	 Händedesinfektionsmittel 100ml Flasche - klein
<input type="radio"/>	 Händedesinfektionsmittel 500 ml Flasche - groß	<input type="radio"/>	 Flächendesinfektionsmittel 500 ml Flasche - groß
<input type="radio"/>	 Mundschutz (OP) 10 Stück	<input type="radio"/>	 Mundschutz (FFP2) 5 - 10 Stück
<input type="radio"/>	 Einmalhandschuhe 100 Stück <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL	<input type="radio"/>	 Schutzschürzen 100 Stück
<input type="radio"/>	 Esslätzchen 100 Stück	<input type="radio"/>	 Fingerlinge 100 Stück <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL
<input type="radio"/>	 Bettstutzeinlagen 25 Stück	<input type="radio"/>	 waschbare Bettstutzeinlagen bis zu 4 Stück pro Jahr

1.4

Lieferung des Pflegepaketes an

den Versicherten  den Angehörigen  den Pflegedienst

1.5

Pflegedienst (falls vorhanden)

Name Pflegedienst:  PLZ/Ort:   
 Straße/Nr.:  Telefon:

1.6

### Beauftragung / Abtretungserklärung / AGB / Datenschutzerklärung

Hiermit beauftrage ich die Senobox GmbH (Beim Eichhofe 4 in 21244 Buchholz; Telefon: 04105/1497490; Registergericht Tostedt; HRB: 210221; Geschäftsführer: (André Weise & Moritz Dieck) mit der Abwicklung und Beantragung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller und Leistungsnehmer meinen eintretenden Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die Senobox ab. Ich habe die AGB sowie die Datenschutzhinweise (einzusehen unter [www.senobox.de](http://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 binnen 14 Tagen ohne jegliche Begründung (E-Mail an [info@senobox.de](mailto:info@senobox.de) oder postalisch) möglich.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte(r)

\_\_\_\_\_  
oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

! Bitte füllen Sie den umseitigen Antrag aus, damit die Kosten für Ihre Pflegebox von der Pflegekasse übernommen werden können. !

Kürzel



2.

# Kostenübernahme

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN



2.1

Angaben zur pflegebedürftigen Person/Versicherte(r)

Frau    Herr   Vorname\*:    Nachname\*:   
 Straße/Nr\*:    PLZ/Ort\*:   
 Geburtsdatum\*:    Telefon:   
 Krankenkasse\*:    Versicherten-Nr\*:

## 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.

2.2

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)

Positionsnummer

- |                       |                                      |               |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------|
| <input type="radio"/> | Händedesinfektionsmittel             | 54.99.02.0001 |
| <input type="radio"/> | Flächendesinfektionsmittel           | 54.99.02.0002 |
| <input type="radio"/> | Bettsschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | 54.45.01.0001 |
| <input type="radio"/> | Einmalhandschuhe                     | 54.99.01.1001 |
| <input type="radio"/> | Mundschutz (Einmalgebrauch)          | 54.99.01.2001 |
| <input type="radio"/> | Schutzschürzen (Einmalgebrauch)      | 54.99.01.3001 |
| <input type="radio"/> | Schutzschürzen (wiederverwendbar)    | 54.99.01.3002 |
| <input type="radio"/> | Fingerlinge                          | 54.99.01.0001 |

2.3

Wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen

- 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

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51)

- 1    2    3    4   Saugende Bettsschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar   51.40.01.4\_ \_ \_

2.5

Ich beantrage die Kostenübernahme und bevollmächtige ich die Senobox GmbH (Beim Eichhofe 4 in 21244 Buchholz; Telefon: 04105/1497490; Registergericht Tostedt; HRB: 210221; 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](http://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](mailto: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.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> PG 54 bis 40,- € monatlich | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) |
| <input type="radio"/> PG 54 bis 20,- € monatlich | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r) |
| <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung        | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung                        |

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

#IK 330302595