

2.

# PG51 - 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\*:

2.2

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

- 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.

2.3

Stückzahl wählen

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51)

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

2.4

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)

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK-Nr. der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift

#IK 330302595