

# 1. Das Bestellformular für eine Pflegebox

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI durch die CARE digisolutions GmbH als Leistungserbringer mit der Marke



## 1.1 Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:			Geburtsdatum:
PLZ:	Ort:		
Krankenkasse:			Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Versichertennummer:			Pflegegrad seit:

## 1.2 Angehörige/r / Kontaktperson:

Beziehung: <input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Pflegeperson			
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
E-Mail:			Telefon:

## 1.3 Lieferung der Pflegebox an:

<input type="checkbox"/> den Versicherten	<input type="checkbox"/> individuelle Adresse
---	---

## 1.4 Individuelle Lieferadresse: (falls individuell)

Vor- und Nachname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ:	Ort:

## 1.5 Benötigte Pflegehilfsmittel: (nur eine Auswahl möglich)

<b>Die Hygienebox von sanus+</b> Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme <input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x Händedesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0001</li> <li>• 1x Flächendesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0002</li> <li>• Einmalhandschuhe (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.1001</li> <li>• OP-Mundschutz (50 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.2001</li> </ul>
<b>Die Infektionsbox von sanus+</b> Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme <input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Händedesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0001</li> <li>• 2x Flächendesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0002</li> <li>• Einmalhandschuhe (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.1001</li> <li>• 2x FFP2 Mundschutz (5 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.5001</li> </ul>
<b>Die Schutzbox von sanus+</b> Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme <input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Händedesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0001</li> <li>• Bettschutzeinlagen (25 Stk.) -- Pos.: 54.45.01.0001</li> <li>• Einmalhandschuhe (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.1001</li> <li>• Schutzschürzen (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.3001</li> </ul>

Sollte Ihnen keine Pflegebox zusagen, bestellen Sie Ihre individuelle Pflegebox ganz einfach online über die Website [www.sanus-plus.de](http://www.sanus-plus.de) oder telefonisch über unseren Kundenservice (Mo-Fr von 9-17 Uhr) unter der Rufnummer 0541 201 986 70 (zum gültigen Ortstarif).

## 1.6 Weitere Angaben

Einmalhandschuhgröße: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> <b>Zusätzliche</b> wiederverwendbare Bettschutzeinlagen PG 51 beantragen (max. 4 Stk. im Jahr möglich) -- Pos.: 51.40.01.4000
---	---

## 1.7 Anmerkungen (Ihre Anmerkungen an uns)

---

---

Ich habe Interesse an weiteren Produkten und Dienstleistungen der CARE digisolutions GmbH und gestatte dieser als Betreiber meine oben genannten personenbezogenen Daten dafür zu verwenden. Sie können der Einwilligung zur Nutzung, Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an die Adresse [datenschutz@care-digisolutions.de](mailto:datenschutz@care-digisolutions.de) widersprechen. Weitere Informationen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf [sanus-plus.de](https://sanus-plus.de).

### Beauftragung / AGB und Datenschutz (zur Belieferung von Pflegehilfsmittel)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgende Angaben: Hiermit beauftrage ich die CARE digisolutions GmbH (Albert-Einstein-Straße 1, 49076 Osnabrück, Amtsgericht Osnabrück: 217325, Geschäftsführung: Sasa Cvijanovic, IK-Nummer 330302802) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Als Versicherte/r trete ich meinen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die CARE digisolutions GmbH ab. Ich habe die Datenschutzerklärung (<https://sanus-plus.de/>), die AGB (<https://sanus-plus.de/agb/>) und die dazugehörige Widerrufsbelehrung der CARE digisolutions GmbH zur Kenntnis genommen und stimme zu, dass die angegebenen Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für den Bestell - bzw. Versorgungsvorgang verwendet werden dürfen. Mit Absendung der Bestellung versichert der Kunde, dass er während der gesamten Laufzeit des Vertrages weder bei einem anderen Anbieter Pflegehilfsmittel bezieht oder beantragt oder beantragt hat. Lehnt die Krankenkasse im Fall der Zuwiderhandlung eine Erstattung ab, schuldet der Besteller als Schadenspauschale die Erstattung des regulären Kaufpreises nach Maßgabe von II. Ziff. 7 der AGB.

---

Datum

---

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Bitte senden Sie den kompletten Bestellschein ausreichend frankiert zurück an:

**CARE digisolutions GmbH**  
**Albert-Einstein-Straße 1**  
**49076 Osnabrück**

Vielen Dank im Voraus. Wir werden Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten und prüfen.  
Bei Rückfragen kommen wir gerne auf Sie zu.

## 2. Der Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI durch die CARE digisolutions GmbH als Leistungserbringer mit der Marke



### 2.1 Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:		Geburtsdatum:
PLZ:	Ort:	
Krankenkasse:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Versichertennummer:	Pflegegrad seit:	

### 2.2 PG54 - Antrag auf Kostenübernahme

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 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.

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemschutzmaske FFP2	54.99.01.5001
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Flächendesinfektion	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Händedesinfektion	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krankenunterlagen 60 x 90 cm	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schutzschürze wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schutzschürze zum Einmalgebrauch	54.99.01.3001

### 2.3 PG51 - Antrag für wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe 51) im Wert von 26,16 Euro pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10,00 Euro soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigte Stückzahl	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlage	51.40.01.4

**Abtretungserklärung (zur Abrechnung mit den Kranken-/Pflegekassen notwendig)**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgende Angaben: Als Versicherte/r trete ich meinen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die CARE digisolutions GmbH ab. Ich beauftrage die CARE digisolutions GmbH (Albert-Einstein-Straße 1, 49076 Osnabrück, Amtsgericht Osnabrück: 217325, Geschäftsführung: Sasa Cvijanovic, IK-Nummer 330302802) mit der Beantragung, Abwicklung und Abrechnung der Kosten für meine ausgewählten Pflegehilfsmittel mit meiner Pflegekasse. Ich wurde zudem darüber informiert, dass die gewählten Produkte ausschließlich für die ambulante und private Pflege verwendet werden dürfen. Die gewählten Produkte werden von mir dauerhaft benötigt. Bitte verzeichnen Sie die CARE digisolutions GmbH mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse, aus. Die CARE digisolutions GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringungen speichern, nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an einen Service-Dienstleister übermitteln.

---

 Datum

---

 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)
**Genehmigung der Pflegekasse** (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)**IK #330302802**

<input type="checkbox"/> PG 54 bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zzgl. / Beihilfeberechtigt, PG 51 ohne Zzgl.
<input type="checkbox"/> PG 54 bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zzgl. / Beihilfeberechtigt, PG 51 mit Zzgl.

---

 Datum

---

 Stempel und Unterschrift der Pflegekasse

---

 IK der Pflegekasse