



Bestellformular

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



TOBIAS EDER GmbH
PFLEGEBOXEN

Versicherte/r:

1.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Telefon / Mobil:			E-Mail:	

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 Ihrer Bestellung (gewünschte Box ankreuzen, monatlich wechselbar):

1.5	 Ethasept 500ml Händedesinfektion Medizid Rapid+ 500ml Flächendesinfektion OP-Maske Typ II. blau, 50 Stück Pflege-Paket 1	FFP2 Maske, 20 Stück Nitril 3000 Handschuhe Größen S-M-L-XL, 100 Stück
	 Ethasept 500ml Händedesinfektion Medizid Rapid+ 500ml Flächendesinfektion OP-Maske Typ II. blau, 50 Stück Pflege-Paket 2	FFP2 Maske, 20 Stück Einmalschürze, 50 Stück Nitril 3000 Handschuhe Größen S-M-L-XL, 100 Stück
	 Ethasept 500ml Händedesinfektion Medizid Rapid+ 500ml Flächendesinfektion OP-Maske Typ II. blau, 50 Stück FFP2 Maske, 20 Stück Pflege-Paket 3	Lagenkrankenunterlage 8-lagig, 20 Stück Pflegetücher, 80 Stück Nitril 3000 Handschuhe Größen S-M-L-XL, 100 Stück 

Einmalhandschuhe (Größe):

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

Individuelle Box (Auswahlmöglichkeiten siehe 2.3)
Unter dieser Telefonnummer können Sie mich anrufen:



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

Hiermit beauftrage ich die Tobiaseder GmbH (Gerhart-Hauptmann-Straße 49b51379 Leverkusen, Telefonnummer: 02171 - 77 999 48, Geschäftsführer Tobias Ederl) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller / Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Tobiaseder GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung. Ich akzeptiere die AGB der Tobiaseder GmbH und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden. Ich habe jederzeit das Recht, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen.



Ort, Datum



— Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) —

Tobiaseder GmbH

Gerhart-Hauptmann-Straße 49b51379 Leverkusen | Telefon 021711 - 77 999 481 Fax 09421-3303292

E-Mail verwaltung@tobiaseder.gmbh

IK #330 520 043



Versicherte/r:

Rot markierte Felder unbedingt ausfüllen!

2.1	Herr Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Geburtsdatum:	
PLZ, Ort:			
Krankenkasse:		Pflegegrad:	1 2 3 4 5
Versicherten-Nr:			

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
		Bettsschutzeinlagen (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 Bettsschutzeinlagen:

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.
-----	--

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

Hiermit bevollmächtige ich die Curecare GmbH 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 Tobiaseder GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Curecare GmbH, solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Tobiaseder 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.



Ort, Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer 09421 33 03 292

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis 40,- € monatlich | ☐ PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter |
| ☐ PG 54 bis 20,- € monatlich | ☐ PG 51 ohne Zzlg. ☐ PG 51 mit Zzlg. ☐ PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter |

Datum _____ IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift _____

Tobiaseder GmbH