



## Antrag auf Kostenübernahme

Bitte einsenden an:  
**HSP Pflageshop GmbH**  
 Pyramidenweg 7, 25474 Ellerbek

**IK-Nr.: 330107 462**  
**Tel: 040 999 99 62-90**  
**Fax: 040 999 99 62-91**

### Allgemeine Angaben zum Versicherten/ Pflegebedürftigen

Herr  Frau

Kunden-Nr. (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5 AktZ. Sozialamt, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsart:  gesetzlich  privat  beihilfeberechtigt  über Sozialamt/Ortsamt

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54 bzw. bei Beihilfeberechtigung bis 50 % monatlich). Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Erstbestellung Pflegehilfsmittel  
 Lieferantenwechsel ab:  
 \_\_\_\_\_

Artikel PG 54	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Beantragt	Wird von der Pflegekasse ausgefüllt Genehmigt	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Saugende Bettschutzauflage (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
FFP2-Masken	54.99.01.5001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einmallätzchen/Schutzserviette	54.99.01.4001	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Artikel PG 51</b>				
Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (4 Stück)	51.40.01.04	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich beauftrage die HSP Pflageshop GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die HSP Pflageshop GmbH mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene, andere Lieferanten. Die HSP Pflageshop GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Datenschutzerklärung unter <https://www.hsp-pflegebox.de/kontakt/datenschutz>. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem, dass Sie die AGB der HSP Pflageshop GmbH, zum HSP Pflegebox zur Kenntnis genommen haben und diese akzeptieren.

**Genehmigungsvermerk** (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG54**  
 **PG54 bis 50 % monatlich**  
 (Beihilfeberechtigung)  
 **PG51**  
 **PG51 mit Zuzahlung**

**Institutskennzeichen der Pflegekasse**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers \_\_\_\_\_

\* Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung § 40 Absatz 2 SGB XI



## Bestellformular Pflegebox

Bitte einsenden an:  
HSP Pflegeshop GmbH  
Pyramidenweg 7, 25474 Ellerbek

IK-Nr.: 330107 462  
Tel: 040 999 99 62-90  
Fax: 040 999 99 62-91

### Boxauswahl - bitte ankreuzen

<b>Pflegebox 1</b> <input type="checkbox"/>
Handdesinfektion 500 ml Einmalhandschuhe 100 Stk. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Flächendesinfektion 500 ml FFP2 Maske 4 Stk.

<b>Pflegebox 2</b> <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe 100 Stk. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Desinfektionstücher 2x 24 Stk. Handdesinfektion 100 ml

<b>Pflegebox 3</b> <input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion 500 ml Einmalhandschuhe 100 Stk. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Bettscutzeinlagen 25 Stk. FFP2 Maske 2 Stk.

<b>Pflegebox 4</b> <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe 2x100 Stk. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Handdesinfektion 500 ml.

<b>Pflegebox 5</b> <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe 2x100 Stk. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Händedesinfektionsgel 100 ml Handdesinfektion 100 ml

<b>Pflegebox 6</b> <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe 100 Stk. <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Schutzservietten / Lätzchen 100 Stk. FFP2 Maske 2 Stk. Handdesinfektion 500 ml

<b>Individuelle Wunsch-Box?</b> <input type="checkbox"/>
Wir rufen Sie gerne an Tel: _____

### Lieferinformationen

#### Versicherte/r

Herr  Frau Kunden-Nr. (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

#### Pflegeperson – bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen

Herr  Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ehe-/Lebenspartner  Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt

(Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn  Nicht gesetzlich bevollmächtigt

Sonstiger Angehöriger/Freund

#### Pflegedienst/Sozialstation – bitte ausfüllen (falls zutreffend)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

#### Lieferadresse – bitte unbedingt ausfüllen

Versicherte/r  Pflegeperson/Betreuung  Pflegedienst

Die getroffene Auswahl der Pflegebox kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen (bis zum 10. des Folgemonats). Die kostenlose Pflegebox wird bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der HSP Pflegeshop GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die HSP Pflegeshop GmbH, die Lieferung beenden. Die HSP Pflegeshop GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Diesbezüglich verweist HSP Pflegeshop GmbH auf die Datenschutzerklärung unter <https://www.hsp-pflegebox.de/datenschutz.html>. Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich die AGB der HSP Pflegeshop GmbH zur Pflegebox zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere. Hiermit bevollmächtige ich den Pflegedienst, die Pflegeperson, die Betreuung, Nachbarn und Angehörige zur Entgegennahme meiner Pflegebox. Weiterhin gestatte ich die Lieferung an eine Abweichende Lieferadresse.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote. Diese Einwilligung kann jederzeit am Ende jedes Newsletters oder per Mail an [kontakt@hsp-pflegeshop.de](mailto:kontakt@hsp-pflegeshop.de) widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers \_\_\_\_\_