

Bitte einsenden an:

 TR Healthmask GmbH
 Hauerwinkel 4, 59075 Hamm

 Telefon: 02381-1497411
 IK-Nr. 330507796

Lieferinformationen (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)
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
 (Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn bevollmächtigt
 Sonstiger Angehöriger/ Freund Nicht gesetzlich bevollmächtigt

Pflegedienst/Sozialstation (falls zutreffend – bitte ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Lieferadresse
 Versicherte/r Pflegeperson/Betreuung Pflegedienst

Die getroffene Auswahl der PflegeBox kann **monatlich neu durch mich festgelegt** werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse werden die kostenlosen Pflegeboxen von Healthmask geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die TR Healthmask GmbH die Lieferung beenden. Die TR Healthmask GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten (<https://healthmask.de/Datenschutz>). Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich die AGB der TR Healthmask GmbH zu Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner PflegeBoxen.

 Bitte senden Sie mir entsprechend Ihrer Datenschutzerklärung regelmäßig und jederzeit widerruflich Angebote und Informationen zu Ihrem Produktsortiment per E-Mail zu.

Datum: _____



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

Beispiele für PflegeBoxen
 BOX 1

Anzahl	Pflegehilfsmittel
25 Stk.	Bettschutzeinlagen
100 Stk.	Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
500 ml	Händedesinfektion
500 ml	Flächendesinfektion
100 Stk.	Schutzschürzen

 BOX 2

Anzahl	Pflegehilfsmittel
100 Stk.	Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
500 ml	Händedesinfektion
50 Stk.	Mundschutz
500 ml	Flächendesinfektion
100 Stk.	Schutzschürzen

 BOX 3

Anzahl	Pflegehilfsmittel
50 Stk.	Bettschutzeinlagen
100 Stk.	Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
500 ml	Händedesinfektion

 Bitte kontaktieren Sie mich für die genaue Zusammensetzung meiner PflegeBox.

Bitte einsenden an:

 TR Healthmask GmbH
 Hauerwinkel 4, 59075 Hamm

 Telefon: 02381-1497411
 IK-Nr. 330507796

Versicherteninformationen

*Pflichtfelder

 Herr Frau

Kunden-Nr. (falls vorhanden): _____

Name, Vorname*: _____

Straße, Hausnummer*: _____

PLZ, Ort*: _____ Geburtsdatum*: _____

Telefon: _____ Pflegekasse*: _____

E-Mail-Adresse: _____ Versicherungsnummer*: _____

 Pflegegrad*: 1 2 3 4 5

 Erstbestellung von Pflegehilfsmitteln

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

-
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfsberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

 Lieferantenwechsel ab: _____

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

-
- 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

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
(maximal 4 pro Jahr)	Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 xxx

-
- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
TR Healthmask GmbH Hauerwinkel 4, 59075 Hamm	330507796

Die TR Healthmask GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Datenschutzerklärung unter <https://healthmask.de/Datenschutz>. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die AGB der TR Healthmask GmbH zur PflegeBox zur Kenntnis genommen haben und akzeptieren

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

 (Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

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

 Datum

 IK-Nr. der Pflegekasse

 Stempel/Unterschrift