

Herzlich Willkommen bei der HYGIBOX

Sitz der Gesellschaft: Telgte
Handelsregister Münster: HRA 7919

Persönlich haftende Gesellschafterin:
hygi.de Management GmbH
Sitz der Gesellschaft: Telgte
Handelsregister Münster: HRB 20411

Geschäftsführer:
Daniel Bleser

Vor der Beantragung gibt es einige Fragen zu bedenken:

- Ist das Ihre Erstversorgung oder hatten Sie bereits einen anderen Anbieter?
 - Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren bisherigen Anbieter selbst kündigen müssen, da uns dies leider nicht möglich ist.
 - Unterschreiben Sie auf der letzten Seite die Wechselerklärung, damit wir diese bei der Pflegekasse mit einreichen können.
- Was sind Ihre Bestellwünsche für die erste Box?
 - Nutzen Sie dazu einfach die Tabelle im Antrag. Dort können Sie die Mengen eintragen, die Sie bestellen möchten. Wir achten vor dem Versand der ersten Box darauf, dass das Budget von 42,-€ eingehalten wird.
- Sind Sie privat versichert?
 - Bitte beachten Sie, dass Sie als Privatpatient die Kosten der Pflegebox selbst mit Ihrer Krankenkasse abrechnen müssen. Hierzu erhalten Sie von uns eine Rechnung, die Sie bitte nach Erhalt begleichen.
 - Bitte bestätigen Sie uns kurz (per Mail an info@hygibox.de), dass Sie mit der kostenpflichtigen Belieferung einverstanden sind und geben uns Ihre Daten bekannt, damit wir Sie beliefern können.
- Wie können wir Sie kontaktieren, um die Anmeldung zu bestätigen oder für Rückfragen?
 - Per Telefon: _____
 - Per Mail: _____

Auf den nächsten 2 Seiten finden Sie den eigentlichen Antrag, den wir gerne für Sie an die Pflegekasse weiterleiten. Wir bitten daher höflich um Unterschrift und Rücksendung. Vielen Dank dafür. Es werden alle Pflegehilfsmittel zum Verbrauch beantragt, damit Sie jederzeit Ihre Bestellung ändern können, ohne vorher nochmals beantragen zu müssen.

Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Text

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	25	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	50	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	6	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	100	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	60	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60	

☒ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4084 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	4	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen									
hygi.de GmbH & Co. KG Otto-Diehls-Straße 13-17 48291 Telgte	<table border="1"> <tr> <td>3</td><td>3</td><td>0</td><td>5</td><td>5</td><td>6</td><td>8</td><td>9</td><td>8</td> </tr> </table>	3	3	0	5	5	6	8	9	8
3	3	0	5	5	6	8	9	8		

- ☒ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
- ☒ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- ☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☒ mich persönlich und/oder
- ☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
- beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Nina Peters / Anke Knobbe / Stephan Hoffmeyer / nicht erwünscht

- ☒ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

- ☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

<u>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</u>		☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 54	bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	☐ PG 51 ohne Zuzahlung
		☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
		☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI		
(Datum)		(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

(Name der Pflegekasse)

Wechselerklärung

Anschrift Versicherter

Name, Vorname:

Adresse:

Versichertennummer:

Krankenkasse:

Wechselerklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte ab dem _____._____._____ meine Pflegehilfsmittel über die hygi.de GmbH & Co. KG beziehen.
Ich mache hiermit von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*