SENIOBOX.de
Das KAPHINGST®-Pflegepaket

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

Antrag auf Kostenübernahme

Daten des Versicherten

Name,Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Pflegekasse

Versichertennummer

Leistungserbringer bzw. Versorger
Kaphingst GmbH

330620033
IK des Leistungserbringers

Niederwettersche Str. 1, 35094 Lahntal, Tel.: 0800 4414424
Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers

Ich beantrage die Kostenübernahme für: (hier bitte nur ankreuzen, welche Pflegehilfsmittel (Produktgruppe/n) beantragt werden soll/en)

☐ 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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	☐
Fingerlinge	54.99.01.0001	☐
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	☐
Mundschutz	54.99.01.2001	☐
partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	☐
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	☐
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	☐
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	☐
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	☐

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. J., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	
Antrag auf saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4…	☐
Nach Bewilligung max. 2-3 Stück pro Jahr	Gewünschte Anzahl	☐
☐ Ich bin zuzahlungsbefreit (Angabe erforderlich für die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen)		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege der versicherten Person (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Telefonnummer für Rückfragen (optional)

WIRD VON DER PFLEGEKASSE AUSGEFÜLLT!
Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

❒ PG 54
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

❒ PG 54 Beihilfeberechtigung
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

❒ PG 51 mit Zuzahlung

❒ PG 51 ohne Zuzahlung

❒ PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

❒ PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

Datum

IK-Nummer der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

Anhang zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften der DSGVO Art. 1 Ihre Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben oder für Werbezwecke verwendet.

Zweck der Datenerhebung und Weitergabe an Dritte

Die erhobenen Daten dürfen ausschließlich gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, zur Erfüllung des Vertrags oder vorvertraglicher Maßnahmen verwendet werden sowie für deren Dokumentation. Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit, kann aber mit einer Frist von 14 Tagen zum Monatsende gekündigt werden. Die personenbezogenen Daten werden für den Zeitraum der Vertragslaufzeit verwendet und in unserer Datenbank gespeichert. Die erhobenen Daten werden nach Beendigung des Versorgungsauftrags gelöscht, sofern gesetzliche Aufbewahrungsfristen nicht dagegen sprechen.

Kranken- bzw. Pflegekasse

Die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten, die im Rahmen des Vertrags über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI von der **Kaphingst GmbH, Niederwettersche Str.1, 35094 Lahntal**, erhoben werden, werden zur vertragsgemäßen Abrechnung an die Kranken- bzw. Pflegekasse weitergegeben.

Versanddienstleister

Zur Sicherstellung der Versorgung/Belieferung werden Ihr Vorname, Nachname, die Adresse und, sofern vorhanden, die E-Mailadresse an den Transportdienstleister DHL (Deutsche Post AG, Charles-de-Gaulle-Straße 20, 53113 Bonn) weitergegeben.
Ihre E-Mail-Adresse bzw die Ihres Ansprechpartners gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO gibt der Leistungserbringer vor der Zustellung der Ware zum Zwecke der Abstimmung eines Liefertermins bzw. zur Lieferankündigung an DHL weiter, sofern eine E-Mail-Adresse angegeben wurde. Anderenfalls wird der Leistungserbringer zum Zwecke der Zustellung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO nur den Namen des Empfängers und die Lieferadresse an DHL weitergeben. Die Weitergabe erfolgt nur, soweit dies für die Warenlieferung erforderlich ist. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung gegenüber dem Transportdienstleister DHL widerrufen werden. In diesem Fall ist eine vorherige Abstimmung des Liefertermins mit DHL bzw. die Lieferankündigung nicht möglich bzw. auch eine ordnungsgemäße Zustellung nicht mehr möglich.

Wichtige Zusatzinformationen

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:
Kaphingst GmbH – Leistungserbringer -
Niederwettersche Str.1 35094 Lahntal
Tel: 06421 3030-130
Fax: 06421 3030-13580
E-Mail: info@seniobox.de
URL: www.seniobox.de
Geschäftsführender Gesellschafter: Dipl.Kfm. Boris Pichler
Geschäftsführer: me. Carsten Weimer
Handelsregister-Nummer: HRB 2226 Ust-IdNr.: DE 199004696

Gesetzlich vorgeschriebener Datenschutzbeauftragter
Wir haben für unser Unternehmen einen Datenschutzbeauftragten bestellt.
Die Datenschutzbeauftragte
Niederwettersche Straße 1
35094 Lahntal/Goßfelden
Tel. 06421 3030 130
datenschutz@kaphingst.de

Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde
Im Falle datenschutzrechtlicher Verstöße steht dem Betroffenen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu. Zuständige Aufsichtsbehörde in datenschutzrechtlichen Fragen ist der Landesdatenschutzbeauftragte von Hessen.
Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch
Postfach 31 63
65021 Wiesbaden
Telefon: 06 11/140 80, Telefax: 06 11/14 08-900
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

SENIOBOX.de
Das KAPHINGST®-Pflegepaket

Wechselerklärung

Dieses Formular dient der Kenntnissnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Pflegehilfsmittelversorgung.

Name und Anschrift der Pflegekasse

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr Vorname:_____ Name: _____

Straße/Nr.:_____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Telefon: _____ Pflegekasse: _____

E-Mail: _____ Versicherten-Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen Leistungserbringer zum _____ . Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

ab dem_____möchte ich die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Kaphingst GmbH
Niederwettersche Str. 1
35094 Lahntal

330620033
IK-Nr. des Leistungserbringers

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

X _____ X _____

Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Informationen und Hinweise zum Ausfüllen des Antrags auf Kostenübernahme

Der Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel muss bei der zuständigen Pflegekasse eingereicht werden. Die Pflegekasse prüft, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gegeben sind. Im Falle einer positiven Prüfung bewilligt die Pflegekasse den Antrag auf Dauer oder auch zeitlich befristet. Das hängt von der jeweiligen Pflegekasse ab. Bei einer zeitlichen Befristung kann der Antrag vor Ablauf der Frist erneut gestellt werden.

Wer hat Anspruch auf das 40 €-Pflegepaket

Die Pflegekasse zahlt bei häuslicher Pflege und Vorliegen eines Pflegegrads monatlich Pflegehilfsmittel im Wert von max. 40,00 €. Es handelt sich dabei um zum Verbrauch bestimmtePflegehilfsmittel, die der Hygiene und dem Schutz der pflegebedürftigen Person dienen. (Geregelt ist dies im Sozialgesetzbuch § 40 Abs. 2 SGB XI.)

Werden die 40,00 € in einem Monat nicht voll ausgeschöpft, so ist der Restbetrag nicht auf einenanderen Monat übertragbar.

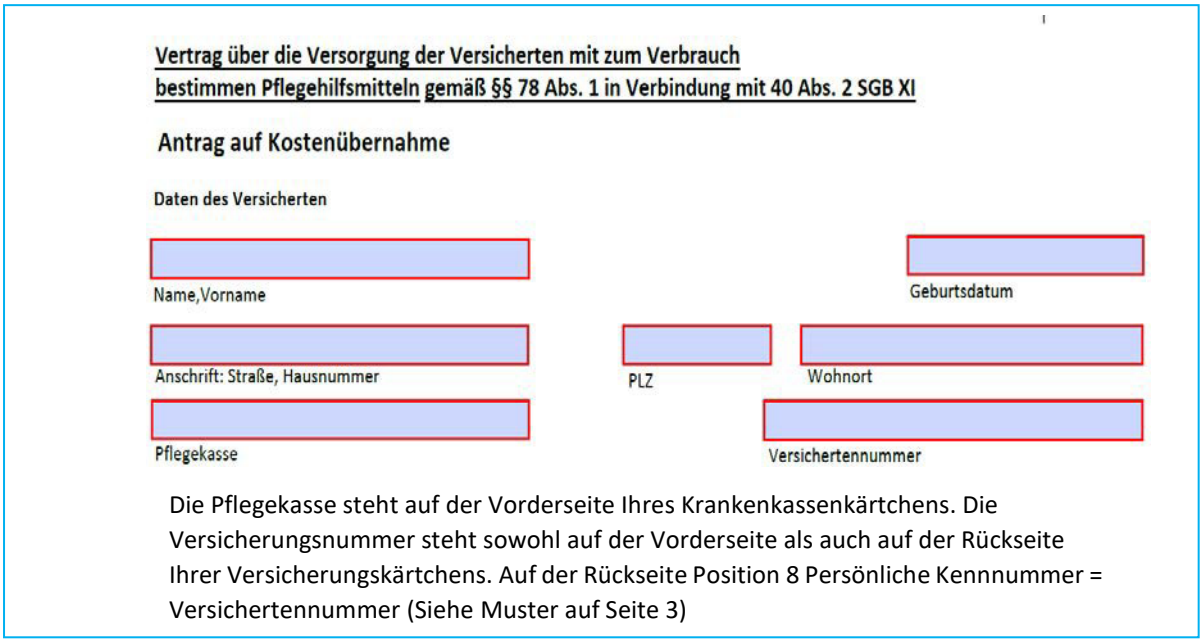
So einfach füllen Sie den Antrag auf Kostenübernahme aus:

Rot umrandete Felder sind Pflichtfelder.

Blatt 1: Antrag auf Kostenübernahme

Im ersten Schritt tragen Sie die Daten der pflegebedürftigen Person ein, die die Leistung empfangen soll: Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum.

In Zeile 3 tragen Sie den Namen der Pflegekasse ein (Pflegekasse = Krankenkasse) sowie die Versichertennummer. Beides finden Sie auf der Krankenkassenkarte (siehe Muster Rückseite der Krankenkassenkarte auf Seite 3).


Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmen Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

Daten des Versicherten

Name,Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Pflegekasse

Versichertennummer

Die Pflegekasse steht auf der Vorderseite Ihres Krankenkassenkärtchens. Die Versicherungsnummer steht sowohl auf der Vorderseite als auch auf der Rückseite Ihrer Versicherungskärtchens. Auf der Rückseite Position 8 Persönliche Kennnummer = Versichertennummer (Siehe Muster auf Seite 3)

Anschließend kreuzen Sie auf dem Antragsformular an, welche Produkte für die Pflege benötigt werden. Geben Sie hier bitte die Produkte an, die Sie auch unter www.seniobox.de ausgewählt haben. Nur von der Pflegekasse bewilligte Pflegeprodukte können auch abgerechnet werden.

Leistungserbringer bzw. Versorger
Kaphingst GmbH

330620033
IK des Leistungserb

Niederwettersche Str. 1, 35094 Lahntal, Tel.: 0800 4414424
Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers

Ich beantrage die Kostenübernahme für: (hier bitte nur ankreuzen, welche Pflegehilfsmittel (Produktgruppe/n) beantragt werd

Bitte ankreuzen

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

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	☐
Fingerlinge	54.99.01.0001	☐
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	☐
Mundschutz	54.99.01.2001	☐
partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	☐
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	☐
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	☐
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	☐
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	☐

Bitte ankreuzen

Bitte ankreuzen

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. J., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	
Antrag auf saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4...	☐
Nach Bewilligung Anspruch 1 x pro Jahr, max. 2 - 3 Stück	Gewünschte Anzahl	☐
☐ Ich bin zuzahlungsbefreit (Angabe erforderlich für die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen)		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Hier bitte das Datum der Antragsstellung eintragen und unterschreiben. Kann die versicherte Person nicht selbst unterschreiben, so muss ein berechtigter Vertreter der versicherten Person unterschreiben, z.B. der Ehepartner.

Dieser Teil des Antrags wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

WIRD VON DER PFLEGEKASSE AUSGEFÜLLT!
Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

❒ PG 54
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

❒ PG 54 Beihilfeberechtigung
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

❒ PG 51 mit Zuzahlung

❒ PG 51 ohne Zuzahlung

❒ PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

❒ PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

Datum

IK-Nummer der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift