



**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

**Niederweltersche 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
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
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4...

Ich bin zuzahlungsbefreit (Angabe erforderlich für die wiederverwendbare 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)

**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 **Sanitätshaus Kaphingst GmbH, Niederwetttersche 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.



## 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,- €. Es handelt sich dabei um zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die der Hygiene und dem Schutz der pflegebedürftigen Person dienen. (Geregelt ist dies im Sozialgesetzbuch § 40 Abs. 2 SGB XI.)

Werden die 40,- € in einem Monat nicht voll ausgeschöpft, so ist der Restbetrag nicht auf einen anderen 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 Versicherungsnummer. Beides finden Sie auf der Krankenkassenkarte (siehe Muster Rückseite der Krankenkassenkarte auf Seite 3).

**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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift: Straße, Hausnummer	PLZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegekasse	Versicherungsnummer

Die Pflegekasse steht auf der Vorderseite Ihres Krankenkassenkärtchens. Die Versicherungsnummer steht sowohl auf der Vorderseite als auch auf der Rückseite Ihres Versicherungskärtchens. Auf der Rückseite Position 8 Persönliche Kennnummer = Versicherungsnummer (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](http://www.seniobox.de) ausgewählt haben. Nur von der Pflegekasse bewilligte Pflegeprodukte können auch abgerechnet werden.

Bitte  
ankreuzen

**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	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>

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
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4...

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.

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.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

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

.....  
Datum

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung



PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

.....  
IK-Nummer der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift



**Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel**

**Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI**

Erklärung zum Erhalt eines Pflegehilfsmittels

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name der Pflegekasse	Kennnummer der Pflegekasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Anschrift der Pflegekasse (Postfach oder Straße, PLZ, Ort)	Telefonnummer Pflegekasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname des Versicherten	Telefonnummer (Ansprechpartner)	Ansprechpartner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift des Versicherten: Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenversicherten- bzw. Pflegeversichertennummer	Geburtsdatum	

Rückseite der Versicherungskarte, Position 7: Kennnummer des Trägers.

**Anhang: Versicherungsdaten auf der Europäischen Krankenversicherungskarte**

Den Namen Ihrer Pflegekasse finden Sie auf der Vorderseite Ihrer Krankenversicherungskarte. Alle weiteren Daten auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte.

EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE




Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bei der ausstellenden Krankenkasse versichert bin. Diese Versichertenkarte ist nicht übertragbar.

3 Name	5 Geburtsdatum
4 Vorname	7 Kennnummer des Trägers
6 Persönliche Kennnummer	9 Ablaufdatum
8 Kennnummer der Karte	



Geben Sie hier in der Spalte „Anzahl“ für die im Antrag ausgewählten Produkte die Anzahl der benötigten Produkte an, und zwar so, wie Sie die Artikel unter [www.seniobox.de](http://www.seniobox.de) auch ausgewählt haben.

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mir heute \_\_\_\_\_ im augenscheinlich hygienisch und einwandfreiem Zustand nachfolgend aufgeführte zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich – in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels eingewiesen. Hier bitte die einzelnen Produkte sowie die Anzahl angeben.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer		Anzahl	Gesamtpreis (€) - wird vom Leistungserbringer ausgefüllt -
	Menge / Verpackungseinheit	Preis		
Saugende Bettschutzeinlagen- Einmalgebrauch (PG 54)	je 50 Stk.	54.45.01.0001		
Fingerlinge (PG 54)	je 100 Stk.	54.99.01.0001		
Einmalhandschuhe (PG 54)	je 100 Stk.	54.99.01.1001		
Mundschutz (PG 54)	je 50 Stk.	54.99.01.2001		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch (PG 54)	je 100 Stk.	54.99.01.3001		
Schutzschürzen - wiederverwendbar (PG 54)	je 1	54.99.01.3002		
Händedesinfektionsmittel (PG 54)	500 ml	54.99.02.0001		
Flächendesinfektionsmittel (PG 54)	500 ml	54.99.02.0002		
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (PG 51) (Leistungserbringer: bitte die letzten 3 Stellen ergänzen !)	je 1	51.40.01.4		
Eigenanteil von 10 v. H. für wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen der PG 51:				

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. 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. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder des Vertreters

Unterschrift und Datum nicht vergessen!

**Sollten Sie noch Fragen haben, dann rufen Sie uns an oder schreiben uns:**

Ein Service der Kaphingst GmbH

Kontakt [SENIobox](http://www.seniobox.de)

Telefon: 0800 4414424

Mo - Fr von 9.00 - 17.00 Uhr

[info@seniobox.de](mailto:info@seniobox.de)

[www.seniobox.de](http://www.seniobox.de)



Mehr als 100 Jahre Erfahrung - mit Niederlassungen in ganz Hessen:

