

1. Bestellformular für die Pflegebox von sanus-plus

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI durch die CARE digisolutions GmbH als Leistungserbringer mit der ordentlich eingetragenen Marke



1.1 Versicherte/r:

| | | |
|---|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Vorname: | Nachname: |
| Straße, Hausnummer: | | Geburtsdatum: |
| PLZ: | Ort: | |
| Krankenkasse: | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| Versichertennummer: | Pflegegrad seit: | |

1.2 Angehörige/r / Kontaktperson:

| | | |
|---|----------|-----------|
| Beziehung: <input type="checkbox"/> Versicherte/r <input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Pflegeperson | | |
| <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Vorname: | Nachname: |
| E-Mail: | | Telefon: |

1.3 Lieferung der Box an:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> den Versicherten <input type="checkbox"/> individuelle Adresse |
|---|

1.4 Individuelle Lieferadresse: (falls individuell)

| | |
|---------------------|------|
| Vor- und Nachname: | |
| Straße, Hausnummer: | |
| PLZ: | Ort: |

1.5 Benötigte Pflegehilfsmittel: (nur eine Auswahl möglich)

| | | |
|--|--|--|
| Die Hygienebox von sanus-plus Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme <input type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none"> • 2x Händedesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0001 • 1x Flächendesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0002 • Einmalhandschuhe (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.1001 • OP-Mundschutz (70 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.2001 |
| Die Infektionsbox von sanus-plus Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme <input type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none"> • 2x Händedesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0001 • 1x Flächendesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0002 • Einmalhandschuhe (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.1001 • 2x FFP2 Mundschutz (5 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.5001 |
| Die Schutzbox von sanus-plus Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme <input type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none"> • 1x Händedesinfektion (500 ml.) -- Pos.: 54.99.02.0001 • Bettschutzeinlagen (25 Stk.) -- Pos.: 54.45.01.0001 • Einmalhandschuhe (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.1001 • Schutzschürzen (100 Stk.) -- Pos.: 54.99.01.3001 |
| Sollte Ihnen keine Pflegebox zusagen, bestellen Sie Ihre individuelle Pflegebox online über die Website sanus-plus.de | | |

1.6 Weitere Angaben

| | |
|---|---|
| Einmalhandschuhgröße: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL | <input type="checkbox"/> Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen PG 51 beantragen (max. 4 Stk. im Jahr möglich) -- Pos.: 51.40.01.4000 |
|---|---|

1.7 Anmerkungen (Ihre Anmerkungen an uns)

Ich habe Interesse an weiteren Produkten und Dienstleistungen der CARE digisolutions GmbH und gestatte dieser als Betreiber meine oben genannten personenbezogenen Daten dafür zu verwenden. Sie können der Einwilligung zur Nutzung, Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an die Adresse: datenschutz@care-digisolutions.de widersprechen. Weitere Informationen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf sanus-plus.de.

Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgende Angaben: Hiermit beauftrage ich die CARE digisolutions GmbH (Albert-Einstein-Straße 1, 49076 Osnabrück, Amtsgericht Osnabrück: 217325, Geschäftsführung: Sasa Cvijanovic, IK-Nummer 330302802) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Als Versicherte / r trete ich meinen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die CARE digisolutions GmbH ab. Ich habe die Datenschutzerklärung(<https://sanus-plus.de/>), die AGB (<https://sanus-plus.de/agb/>) und die dazugehörige Widerrufsbelehrung der CARE digisolutions GmbH zur Kenntnis genommen und stimme zu, dass die angegebenen Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für den Bestell - bzw. Versorgungsvorgang verwendet werden dürfen. Mit Absendung der Bestellung versichert der Kunde, dass er während der gesamten Laufzeit des Vertrages weder bei einem anderen Anbieter Pflegehilfsmittel bezieht oder beantragt oder beantragt hat. Lehnt die Krankenkasse im Fall der Zuwiderhandlung eine Erstattung ab, schuldet der Besteller als Schadenspauschale die Erstattung des regulären Kaufpreises nach Maßgabe von II. Ziff. 7 der AGB.

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Bitte senden Sie kompletten Bestellschein ausreichend frankiert zurück an:

CARE digisolutions GmbH
Albert-Einstein-Straße 1
49078 Osnabrück

Vielen Dank im Voraus. Wir werden Ihren Antrag schnellstmöglich bearbeiten und prüfen.
 Bei Rückfragen kommen wir gerne auf Sie zu.