



Was ist Deutschlands Pflegepaket und wer hat einen Anspruch darauf?

Deutschlands Pflegepaket beinhaltet die monatliche Lieferung von Pflegehilfsmitteln im Wert von bis zu 40 € / Monat an pflegebedürftige Menschen. Wir übernehmen für Sie den Prozess der Kostenübernahme-Freigabe durch die Pflegekasse. Alles was Sie hierfür tun müssen, ist dieses Formular auszufüllen und zu unterschreiben.

Einen **Anspruch auf Deutschlands Pflegepaket** hat jede pflegebedürftige Person, die folgende Voraussetzungen erfüllt:

- 1.) **Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 ist vorhanden**
- 2.) **der zu Pflegende wohnt zuhause oder in einer Wohngemeinschaft**
- 3.) **der zu Pflegende wird von einer privaten Person oder einem ambulanten Pflegedienst zuhause betreut.**

Ihr Pflegehilfsmittelsanspruch ist **unabhängig von der Höhe des Pflegegrades**.

Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel ist im §40 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI festgelegt und besagt, dass „Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln [haben], die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen [...]“.

Versicherte haben somit einen gesetzlichen Erstattungsanspruch auf Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40 € pro Monat.



Der Ablauf Ihrer Bestellung:



* Dies dauert je nach Pflegekasse zwischen 1 - 4 Wochen.



zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß
§78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname*: _____ Nachname*: _____

An wen soll die monatliche Lieferung des Pflegepaketes erfolgen?*

Firma (Pflegedienst, Wohnungen, etc.): _____

Vorname*: _____ Nachname*: _____

Straße Nr. *: _____ PLZ / Ort*: _____

Telefon*: _____ E-Mail: _____

Bitte wählen Sie ihre Version des Pflegepaketes* (nur eine Box wählbar, monatlicher Wechsel entsprechend unserer AGB möglich)

Auszug unserer meistgewählten Pakete.
Weitere Varianten auf Anfrage.

	<input type="radio"/>							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stk.	-	50 Stk.	100 Stk.	75 Stk.	-	-	-
Einmalhandschuhe	200 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	-	-	300 Stk.	500 Stk.	300 Stk.
Händedesinfektionsmittel	500 ml	500 ml	500 ml	-	500 ml	500 ml	-	2 x 500 ml
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	500 ml	500 ml	-	-	500 ml	-	-
Mundschutz	-	20 Stk.	-	-	-	-	-	-
Einwegschutzhürzen	-	-	-	-	-	-	-	-

In welcher Größe dürfen wir die Einmalhandschuhe liefern? S M L XL

Aus welchem Material sollen die Einmalhandschuhe sein? Vinyl Nitril Latex

Wünschen Sie eine einmalige kostenlose Beilage in Form von Ja
zwei wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen?*

Abtretungserklärung (Zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit trete ich als Antragssteller / Leistungnehmer gemäß § 398 BGB an die boncura GmbH & Co. KG, Lise-Meitner-Str. 1, 33803 Steinhagen, meinen Kostenerstattungsanspruch nach Bewilligung des Pflegepaketes gegenüber der Pflegekasse ab. boncura nimmt die Abtretung hiermit an. Ich habe die AGB, die Widerrufsbelehrung und die Datenschutzbestimmung von boncura zur Kenntnis genommen und bin mit deren Geltung einverstanden. Ich stimme zu, dass mich die boncura GmbH & Co. KG über Ihre Angebote sowie Angebote von namhaften Partnerunternehmen im Rahmen der werblichen Ansprache informieren darf. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

Eine eventuelle gesetzliche Zuzahlung übernimmt boncura für mich. Es entstehen mit der Bestellung des Pflegepaketes keine Kosten für mich. Ich habe die Möglichkeit, das gewünschte Paket monatlich zu ändern, zu pausieren oder jederzeit mit Frist von 14 Tagen zum Monatsende zu kündigen; hierfür genügt ein Anruf oder eine kurze E-Mail. Es gelten die Bestimmungen der AGB von boncura.

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____

*² Die kostenlose Beilage kann nur einmal pro Bestellung erfolgen, sie wird nicht monatlich beigelegt.

Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r



zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß
§ 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Bitte zusammen mit Seite 1 zurückschicken!

Versicherte/r (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname*:	_____	Nachname*:	_____
Straße Nr.*:	_____	PLZ / Ort*:	_____
Geburtsdatum*:	_____	Pflegegrad:	1 2 3 4 5
Telefon*:	_____	E-Mail:	_____
Privatversichert?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Beihilfeberechtigt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Krankenkasse*:	_____	Versicherten-Nr.*:	_____

Antrag auf Kostenübernahme

- Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40,00 € pro Monat.
 Darüber hinaus beantrage ich einmalig die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 51 nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI.

Artikel	Menge	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch)	25 Stk.	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stk.	54.99.01.0001
Händedesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0002
Mundschutz	20 Stk.	54.99.01.2001
Einwegschutzhürzen	100 Stk.	54.99.01.3001
Bettschutzeinlagen (PG 51, wiederverwendbar)	2 Stk.	51.40.01.4018

Ich beauftrage die boncura GmbH & Co. KG mit der fortlaufenden Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die boncura GmbH & Co. KG, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Hiermit trete ich als Antragssteller / Leistungnehmer gemäß § 398 BGB an die boncura GmbH & Co. KG, Lise-Meitner-Str. 1, 33803 Steinhagen, meinen Kostenerstattungsanspruch nach Bewilligung des Pflegepaketes gegenüber der Pflegekasse ab. boncura nimmt die Abtretung hiermit an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Eine eventuelle gesetzliche Zuzahlung übernimmt boncura für mich.

Datum/Ort*: _____

Unterschrift*: _____
 Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
 PG 54 bis maximal der Hälfte 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/Ort: _____

Unterschrift: _____
 IK der Pflegekasse / Stempel



deutschlands- pflegepaket.de

Ein Angebot von **boncura**_{markt}

Wir möchten Ihnen den Rückversand so einfach wie möglich machen

1. Entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden
2. Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben
3. **Beide** Formulare ausgefüllt und unterschrieben in den Umschlag stecken
4. Den Briefumschlag müssen Sie jetzt nur noch in den Briefkasten werfen.

Das Porto übernehmen wir für Sie!

**deutschlands-
pflegepaket.de**
Ein Angebot von **boncura**_{markt}

**Ihre kostenlose
Bestellung**

Seiten 1 von 2

zur Bestellung von Pflegeleistungen gemäß
19a Absatz 1 in Verbindung mit 14d Absatz 1 SGB XI
19a Abs. 1 in Verbindung mit 14d Abs. 1 SGB XI

Verzichtserklärung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname: Nachname:

Ac was soll die monatliche Leistungserfüllung?

Bitte Pflegeleistungen, Maßnahmen, etc.:

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum: Tag / Monat / Jahr

Telefon: E-Mail:

Sie wählen Sie Ihre Version des Pflegepakets? (nur eine Box ankreuzen, ansonsten bleibt ungefüllt)

Bitte kreuzen Sie an, welche Leistungen Sie wünschen (Bitte ankreuzen)

Leistungsleistung	31.03.	01.04.	01.05.	01.06.	01.07.	01.08.	01.09.	01.10.	01.11.	01.12.
Ständige Betreuung (24 Stunden)	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00
Ernährungsberatung	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Haarstyling/Maniküre	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Maniküre	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ernährungsberatung	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Achtung: Bitte beachten Sie, dass die Leistungen nur für die Dauer der Pflegeleistungen erbracht werden können. Die Leistungen werden nur für die Dauer der Pflegeleistungen erbracht.

Achtung: Bitte beachten Sie, dass die Leistungen nur für die Dauer der Pflegeleistungen erbracht werden können. Die Leistungen werden nur für die Dauer der Pflegeleistungen erbracht.



**deutschlands-
pflegepaket.de**
Ein Angebot von **boncura**_{markt}

**Ihr Antrag auf
Kostenübernahme**

Seiten 2 von 2

zur Verfügung des Pflegeleistungen gemäß
19a Absatz 1 in Verbindung mit 14d Absatz 1 SGB XI
19a Abs. 1 in Verbindung mit 14d Abs. 1 SGB XI

Verzichtserklärung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Tag / Monat / Jahr

Telefon: E-Mail:

Antrag auf Kostenübernahme

Bitte den Antrag auf Kostenübernahme für die Pflegeleistungen gemäß 19a Absatz 1 SGB XI einreichen. Der Antrag ist nur dann zulässig, wenn die Voraussetzungen der Pflegeleistungen gemäß 19a Absatz 1 SGB XI vorliegen.

Art der Leistung	Wohnort	Pflegeleistungen
Ständige Betreuung (24 Stunden)	100,00	300,00 (200,00)
Ernährungsberatung	100,00	100,00 (100,00)
Haarstyling/Maniküre	100,00	100,00 (100,00)
Maniküre	100,00	100,00 (100,00)
Ernährungsberatung	100,00	100,00 (100,00)

Wichtig: Bitte beachten Sie, dass die Leistungen nur für die Dauer der Pflegeleistungen erbracht werden können. Die Leistungen werden nur für die Dauer der Pflegeleistungen erbracht.

Porto
bezahlt
Empfänger

Deutsche Post Werbeanwort

boncura GmbH & Co. KG
- Deutschlands Pflegepaket -
Lise-Meitner-Str. 1
33803 Steinhagen

**deutschlands-
pflegepaket.de**
Ein Angebot von **boncura**_{markt}

Antwort

boncura GmbH & Co. KG
- Deutschlands Pflegepaket -
Lise-Meitner-Str. 1
33803 Steinhagen

Porto
bezahlt
Empfänger

Selbstverständlich können Sie uns die Formulare auch per Fax oder E-Mail senden.
Fax: 05204 / 989170
E-Mail: info@deutschlands-pflegepaket.de



**deutschlands-
pflegepaket.de**
Ein Angebot von **boncura**_{markt}