Beantragen Sie jetzt Ihre **monatlich *kostenlose*** PFLEGE**BOX**

Versicherte haben im Rahmen der Pflegekasse einen Anspruch auf sogenannte **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** bis zu einem Betrag von maximal 40 € monatlich.

Dieser Betrag ist unabhängig vom Pflegegeld und *verfällt*, wenn man ihn nicht in Anspruch nimmt.

Was ist die PFLEGE**BOX**?

Mit der Pflegebox erhalten Sie kassengeeignete **Pflegeprodukte wie Einmalhandschuhe oder Bettschutzeinlagen**, die von den Pflegekassen **bis zu einem Betrag von 480 Euro pro Jahr** übernommen werden.

Wir möchten Ihnen den Bezug von Pflegehilfsmitteln über die Pflegekasse erleichtern und Ihnen die organisatorische Arbeit bei der Genehmigung abnehmen. *Sie finden in dieser Broschüre alle benötigten Informationen und Anträge, so dass Sie Ihre persönliche Pflegebox schnellstens erhalten können.*

Sie haben die Möglichkeit, eine der **6 vorgegebenen Varianten** zu wählen oder selbst eine **individuelle Box** zusammenzustellen. Ein Wechsel der Box ist jederzeit möglich.
Die Lieferung erfolgt Frei Haus und auf Wunsch monatlich automatisch.

Gibt es Voraussetzungen für den Anspruch?
Es muss ein Pflegegrad vorliegen.

Ist ein besonderer Antrag erforderlich?
Ja. Die Pflegekassen haben ein entsprechendes Antragsformular (Formular ❶), welches ausgefüllt und unterschrieben werden muss.
Die folgenden Seiten erklären Ihnen den Ablauf.

www.pflegehilfsmittel-bestellen.de
Telefonische Beratung bei der Bestellung Ihrer **Inkoservice** PFLEGE**BOX**
(06181) 90 80 533

Ausfüllhilfe: Antrag Kostenübernahme & Bestellung der PFLEGEBOX

Ausfüllhilfe für Formular 1 (Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel)

Wir können Pflegehilfsmittel nur an Sie abgeben, wenn uns ein Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel vorliegt und die Pflegekasse diesen genehmigt hat.

Bereich 1: Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein. Wichtig sind neben den persönlichen Daten auch Angaben über die Kranken- bzw. Pflegekasse, die Krankenversichertennummer, sowie die aktuelle Pflegeeinstufung (Pflegegrad).

Bereich 2: Dies ist der eigentliche Antrag. Die aufgeführten Produkte können angekreuzt und damit bei der Pflegekasse beantragt werden.

Unser Tipp: Wir empfehlen unseren Kunden immer **alle Produkte** anzukreuzen. Diese werden i.d.R. genehmigt, müssen aber natürlich nicht alle bezogen werden.
Wenn Sie zum Beispiel nur Einmalhandschuhe beantragen, können wir auch nur Einmalhandschuhe liefern. Wird später doch ein anderes Produkt benötigt (zum Beispiel Krankenunterlagen), muss der Antrag noch einmal komplett neu gestellt und genehmigt werden.

Bereich 3: Im letzten Bereich muss der Antrag unterschrieben werden. Dies ist entweder durch den Pflegebedürftigen selbst, als auch durch einen Betreuer möglich.

Bereich 4 (Rot): Dieser Bereich ist der Pflegekasse vorbehalten. Bitte hier nichts eintragen.

Ausfüllhinweise für Formular 2 (Inkoservice PFLEGEBOX)

Bereich 1: Füllen Sie die Kontaktdaten aus und geben Sie, falls gewünscht, eine abweichende Lieferanschrift an. Wenn Sie Handschuhe bestellen, geben Sie bitte die entsprechende Größe an.

Vermerken Sie bitte ebenfalls, ob Sie die Pflegebox monatlich automatisch erhalten möchten.

Bereich 2: Hier wählen Sie Ihre, von uns zusammengestellte Pflegebox aus. Bei Auswahl der Pflegebox 7 können Sie den Inhalt selbst zusammenstellen und ganz individuell mit uns absprechen.

Haben Sie Fragen?

Wir helfen gerne. Zögern Sie nicht, uns anzurufen. Wir sind Ihnen gerne beim Ausfüllen der Anträge für Ihre kostenlose Pflegebox behilflich.
Gerne können Sie uns auch eine Email senden oder Ihren Antrag - mit entsprechendem Vermerk - zur Prüfung vorab an uns faxen.

(06181) 90 80 533 **info@inkoservice.de** **(06181) 299 72 22**

Besuchen Sie den Inkoservice Onlineshop

www.inkoservice.de

Ihr günstiger Sanitätsfachhandel für Produkte rund um das Thema Inkontinenz.

Rundum versorgt.

INKO SERVICE
Eine Marke von Rigoma

www.inkoservice.de

Ihr Sanitätsfachhandel für
Inkontinenzbedarf · Krankenpflegeartikel · Hygieneartikel

Rigoma GmbH & Co. KG
Inkoservice
Bahnhofstrasse 47 · 63477 Maintal

Telefon: (06181) 90 80 533
Telefax: (06181) 299 72 22
Email: info@inkoservice.de

Handelsregister: HRA 93256
Amtsgericht Hanau

Diesen Antrag reichen wir für Sie bei Ihrer Pflegekasse ein. Er ist Voraussetzung für den Erhalt der PFLEGEBOX.

1 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

INKO SERVICE PFLEGEBOX

Rigoma GmbH & Co. KG · Inkoservice
Bahnhofstrasse 47 · 63477 Maintal

Telefon: (06181) 90 80 533
Fax: (06181) 299 72 22 · Email: info@inkoservice.de

IK: 330643860

Bereich 1 Versicherte(r)

☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		Pflegekasse (Krankenkasse)	
PLZ Ort		Versicherten-Nr.	
Telefon		Pflegegrad	

Bereich 2

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.

Bitte ankreuzen	Artikel	Einheit	Hilfsmittelnummer
☐	Einmalhandschuhe	100 Stück	54.99.01.1001
☐	Krankenunterlagen (Einmalgebrauch)	50 Stück	54.45.01.0001
☐	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück	54.99.01.3001
☐	Schutzschürze (wiederverwendbar)	1 Stück	54.99.01.3002
☐	Mundschutz (OP-Masken, 3-lagig)	50 Stück	54.99.01.2001
☐	Mundschutz (FFP2 Maske)	1 Stück	54.99.01.5001
☐	Fingerlinge	100 Stück	54.99.01.0001
☐	Händedesinfektionsmittel	500ml	54.99.02.0001
☐	Flächendesinfektionsmittel	500ml	54.99.02.0002
☐	Esslätzchen	50 Stück	54.99.01.4001

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Stückzahl:			
	Saugende Bettschutzeinlage (wiederverwendbar) i.d.R. 2 - 4 Stück pro Jahr unabhängig von der monatlichen Pauschale erhältlich	1 Stück	51.40.01.4

Bereich 3

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Ich beauftrage die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.

Bitte hinterlegen Sie Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. vorhandene Lieferanten. Die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder dessen ges. Vertreter / Betreuer

Bereich 4

Wird durch Ihre Pflegekasse ausgefüllt

Genehmigte Anzahl	Genehmigt
	☐ ja ☐ nein
	☐ ja ☐ nein
	☐ ja ☐ nein
	☐ ja ☐ nein
	☐ ja ☐ nein
	☐ ja ☐ nein
	☐ ja ☐ nein
	☐ ja ☐ nein

Wird durch Ihre Pflegekasse ausgefüllt

☐ ja ☐ nein

Genehmigungsvermerk:

- ☐ PG 54 bis 40€ monatlich
- ☐ PG 54 bis 20€ monatlich (Beihilfeberechtigt)
- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung
- ☐ PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigt)
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigt)

Institutionskennzeichen der Pflegekasse

Datum

Stempel, Unterschrift der Pflegekasse

Wird durch Ihre Pflegekasse ausgefüllt

§ 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Hier können Sie Ihre Inkoservice PFLEGE**BOX** bestellen

Voraussetzung für den Erhalt der PFLEGEBOX ist ein vollständiger

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel *(Formular 1)*

2 Bitte wählen Sie Ihre **Inkoservice PFLEGEBOX**

INKO SERVICE PFLEGEBOX

1. Lieferinformationen

Bereich 1

Versicherte(r)

☐ Herr ☐ Frau

Vorname

Name

Abweichende Lieferanschrift

Bitte nur angeben, falls abweichende Lieferanschrift gewünscht.

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Telefon

Ansprechpartner

Bitte angeben, falls abweichend vom Versicherten.

☐ Angehöriger ☐ Pflegeperson ☐ Pflegedienst

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Telefon

Email (falls vorhanden)

Ausstattung

Bitte angeben, wenn Handschuhe gewünscht. *(M bei Nichtauswahl)*

Handschuhgröße ☐ **S** (klein) ☐ **M** (mittel) ☐ **L** (groß) ☐ **XL** (extra groß)

Monatliche Lieferung

☐ **Ja, ich möchte die gewählte Pflegebox monatlich automatisch erhalten.**
Andernfalls erhalten Sie die Pflegebox immer dann, wenn Sie diese bei uns bestellen (maximal 1x monatlich).

Ihre getroffene Auswahl der Produkte ist nicht verpflichtend, sondern kann jeden Monat neu festgelegt werden, sofern sie beantragt und genehmigt wurde. Hierfür bitten wir Sie, bei automatischen Lieferungen, Ihren Änderungsbedarf bis zum 15. des Vormonats der Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) mitzuteilen.

WICHTIG: Bei Wegfall des Pflegegrades, im Todesfall des Versicherten oder bei Umzug des Versicherten in ein Pflegeheim sind Sie verpflichtet, die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) zu informieren.

Die kostenlosen Pakete werden für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme Ihrer Pflegekasse von uns geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) die Lieferung einstellen.

Ich bevollmächtige die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegebox. Ich bin in die Nutzung und den Gebrauch der Pflegehilfsmittel eingewiesen worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder dessen ges. Vertreter / Betreuer

2. PFLEGE**BOX** auswählen

Bereich 2

☐ **1**
100 Krankenunterlagen

☐ **2**
25 Krankenunterlagen
100 Einmalhandschuhe
500ml Händedesinfektion
500ml Flächendesinfektion

☐ **3**
200 Einmalhandschuhe
500ml Händedesinfektion
2x 500ml Flächendesinfektion

☐ **4**
50 Mundschutz
100 Schutzschürzen
200 Einmalhandschuhe

☐ **5**
50 Mundschutz
200 Einmalhandschuhe
500ml Händedesinfektion
500ml Flächendesinfektion

☐ **6**
25 Krankenunterlagen
200 Einmalhandschuhe
500ml Flächendesinfektion

☐ **7**
Ihre individuelle Pflegebox
erstellen wir gerne,
bitte sprechen Sie uns an.