

Was ist die curabox?

Mit bis zu 40,- Euro pro Monat werden pflegende Angehörige bei der häuslichen Pflege unterstützt, indem die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von der Pflegekasse übernommen werden. Die curabox von pflege.de übernimmt für Sie jeglichen Abstimmungsaufwand mit der Pflegekasse und sendet Ihnen die Hilfsmittel jeden Monat bequem per Post nach Hause. Für Sie entstehen dabei keine Kosten und Aufwände.

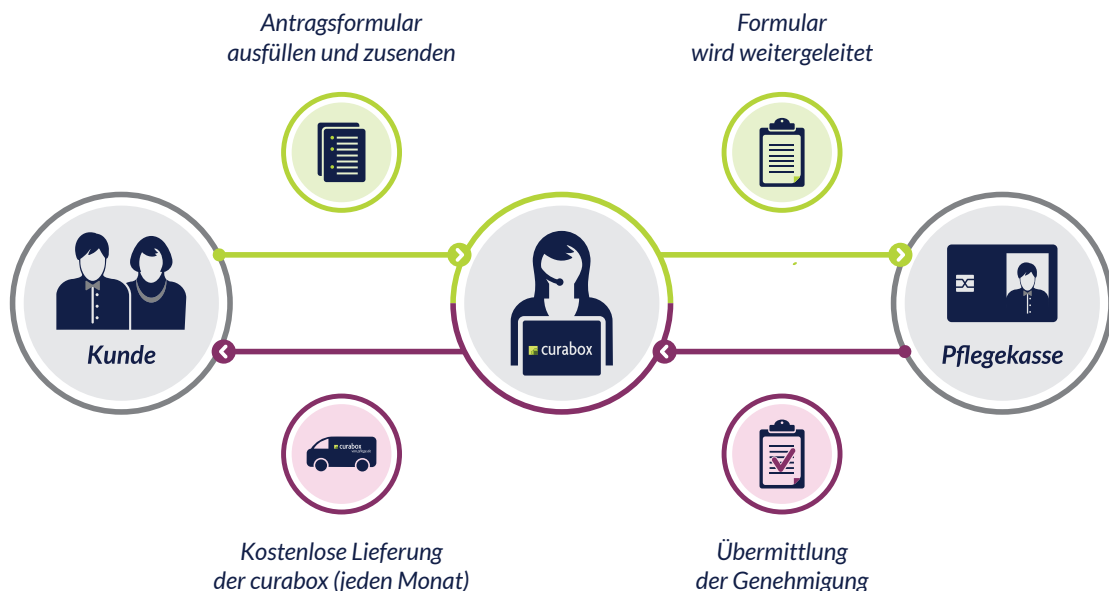
Prüfen Sie daher Ihren Anspruch:

1. Ist ein Pflegegrad (1,2,3,4,5) vorhanden?
2. Lebt der zu Pflegenden Zuhause oder in einer Wohngemeinschaft?

3. Wird der zu Pflegenden von mindestens einer privaten Person (z.B. Angehöriger oder Nachbar) betreut?

Können diese Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, besteht grundsätzlich ein monatlicher Anspruch auf Pflegehilfsmittel. Wir helfen Ihnen gern bei den nächsten Schritten.

Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel ist im § 40 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI festgeschrieben und legt eindeutig fest, dass „Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln [haben], die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen [...]“. Versicherte haben dadurch gesetzlichen Erstattungsanspruch auf Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40,- Euro pro Monat.



Inhalt der curabox

Wählen Sie aus einer von 6 verschiedenen Boxen. Je nach Box ändert sich die Zusammenstellung der Produkte.



Flächendesinfektionsmittel
500 ml



Bettstutzeinlagen
25 Stück



Mundschutz
50 Stück



Schutzschürzen
100 Stück



Händedesinfektionsmittel
500 ml



Einmalhandschuhe
100 Stück

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne kostenfrei telefonisch zur Verfügung unter: **0800 666 222 141**

Füllen Sie Formular 1 und 2 aus

curabox von pflege.de Zusammen mit Seite 2 zurückschicken **Seite 1** von 2
Ihre kostenlose Bestellung

Versichert in Deutschland wohnend?
 Ja Nein
Vorname: _____ Nachname: _____

Angehörige (zu der wichtigsten Person Pflegekasse oder dieser Betreuung)
Vorname: _____ Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Pflegefall (bitte kreuzen an, ansonsten Diener in Anspruch nehmen? Bitte ja, wenn ja)
Name: _____ PLZ, Ort: _____

Engelberg (bitte kreuzen an, curabox vom wichtigsten Blutsverwandten Sie den Interessen unter folgenden Daten)
Name: _____ Kontakt: _____

Bitte wählen Sie eine Variante der curabox (auswählen Sie ein Produkt, monatlich wechselbar)

<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche	<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche	<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche	<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche 500cm Bettwäsche
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Die Wahl Einzelhandels-Sette in Größe: S M XL

Ich möchte zusätzlich weitere versichern, auch über Bettwäschevarianten

Abtretungserklärung / Nutzungserklärung (zur Abtretung von den Pflegekosten übernimmt)
Ich bestätige hiermit, dass ich die oben genannten Daten wahrheitsgemäß angegeben habe und die Abtretungserklärung / Nutzungserklärung für die oben genannten Daten abgibt. Ich bestätige hiermit, dass ich die oben genannten Daten wahrheitsgemäß angegeben habe und die Abtretungserklärung / Nutzungserklärung für die oben genannten Daten abgibt.

Datum: _____ Unterschrift: _____ (Bitte handschriftlich)

*Hilfswort: Datum und Unterschrift
Telefonnummer: 0 800 666 222 141 - Fax: 040 226 161 645 - E-Mail: curabox@pflege.de - IK: 330204518

Formular 1 – Bestellung

1. Bestimmen Sie, wer die Lieferung monatlich erhalten soll.
2. Name der versicherten Person angeben.
3. Name und Anschrift des wichtigsten Angehörigen oder der betreuenden Person angeben.
4. Wahl der bevorzugten curabox. Sie ist monatlich änderbar!
(Spätere Änderungen einfach per E-Mail an curabox@pflege.de oder rufen Sie uns an unter **0800 666 222 141**)
5. Bitte unterschreiben Sie das Formular.

curabox von pflege.de Zusammen mit Seite 1 zurückschicken **Seite 2** von 2
Ihr Antrag auf Kostenübernahme

Versichert in Deutschland wohnend?
Vorname: _____ Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5
Geburtsort: _____ Pflegegrad ab: _____ Monat: _____ Jahr: _____
Geburtsort: _____ Versicherungsart: _____
E-Mail: _____ Kontakt: _____

Antrag auf Kostenübernahme

Ich bestätige die oben genannten Daten

Ich bestätige die oben genannten Daten und beantrage die Kostenübernahme für die oben genannten Daten. Ich bestätige die oben genannten Daten und beantrage die Kostenübernahme für die oben genannten Daten.

Zur Veranschaulichung (Bitte ja/Nein, Einzelgutachten)	Wichtigste Produkte	Preisveranschlagung
<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	54.400,00 €
<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	54.400,00 €
<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	54.400,00 €
<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	54.400,00 €
<input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	54.400,00 €

Pflegeleistungen zur Krankenpflegeleistungen
Antrag auf Kostenübernahme
Antrag auf Kostenübernahme
Antrag auf Kostenübernahme

Datum: _____ Unterschrift: _____ (Bitte handschriftlich)

Hilfswort: Datum und Unterschrift

Bitte auch an die Familien **040 226 161 645** **IK 330204518**

PC 5400-40-E notwendig
 PC 5400-40-E notwendig
 PC 5400-40-E notwendig
 PC 5400-40-E notwendig
 PC 5400-40-E notwendig


Datum: _____
IK der Pflegekasse/Sonstige Unter-Nr.: _____

*Hilfswort: Datum und Unterschrift
Telefonnummer: 0 800 666 222 141 - Fax: 040 226 161 645 - E-Mail: curabox@pflege.de - IK: 330204518

Formular 2 – Kostenübernahme


1. Name, Anschrift, Geburtsdatum und versicherungstechnische Daten des Versicherten eintragen.
2. Benötigte Mittel ankreuzen.
3. Bitte unterschreiben Sie das Formular.

Beide Formulare unterschrieben zurückschicken

 **per Post:**
web care LBJ GmbH
- curabox von pflege.de -
Spitalerstr. 32
20095 Hamburg

 **per Fax:**
040 226 161 645

 **per E-Mail:**
curabox@pflege.de

 **Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse ein. Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere für Sie! Die Genehmigung erfolgt innerhalb von max. 4 Wochen. Nach Erhalt der Genehmigung erhalten Sie umgehend Ihre gewünschte curabox.**

Ihre kostenlose Bestellung

Lieferung an die/den:

- Angehörige(n)/ Betreuer/in
 Versicherte(n)/ Pflegebedürftige(n)
 Pflegedienst

Versicherte/r (In Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr Frau

Vorname*:

Nachname*:

Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in)

Vorname*:

Nachname*:

Straße, Nr.*:

Telefon/Mobil*:

PLZ, Ort*:

E-Mail*:

Pflegedienst (Wird bereits ein ambulanter Dienst in Anspruch genommen? Wenn ja, welcher?)

Name:

Straße, Nr.:


PLZ, Ort:

Empfehlung (Ich möchte die curabox weiterempfehlen. Bitte kontaktieren Sie den Interessenten unter folgenden Daten.)

Name:

Kontakt:

Bitte wählen Sie eine Variante der curabox* (gewünschte Box ankreuzen, monatlich wechselbar)

 1


25 Stk	Bettschutzeinlagen
100 Stk	Einmalhandschuhe
500 ml	Händedesinfektionsmittel
2x 500 ml	Flächendesinfektionsmittel

 4

--	Bettschutzeinlagen
2x 100 Stk	Einmalhandschuhe
500 ml	Händedesinfektionsmittel
2x 500 ml	Flächendesinfektionsmittel

 2


25 Stk	Bettschutzeinlagen
2x 100 Stk	Einmalhandschuhe
500 ml	Händedesinfektionsmittel
500 ml	Flächendesinfektionsmittel

 5

2x 25 Stk	Bettschutzeinlagen
--	Einmalhandschuhe
500 ml	Händedesinfektionsmittel
500 ml	Flächendesinfektionsmittel

 3

--	Bettschutzeinlagen
2x 100 Stk	Einmalhandschuhe
2x 500 ml	Händedesinfektionsmittel
500 ml	Flächendesinfektionsmittel

 6

Ich möchte meine curabox individuell zusammenstellen. **Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:**

Die Vinyl Einmalhandschuhe bitte in Größe: S M L XL

Ich wünsche zusätzliche wiederverwendbare, waschbare Bettschutzeinlagen.

Abtretungserklärung / Nutzungsbedingungen (Zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit trete ich als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die web care LBJ GmbH (Spitalerstraße 32 in 20095 Hamburg; Tel: 040 226 161 60; Registergericht: HRB; Registernummer: 117601; Geschäftsführer Lars Kilchert, Dr. Benedikt Zacher) ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung und akzeptiere die Nutzungsbedingungen der curabox (einzusehen unter: www.pflege.de/nutzungsbedingungen).

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

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

Versicherte/r (In Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname*:		Nachname*:	
Straße, Nr.*:		Angaben zur Krankenkasse	
PLZ, Ort*:		Pflegegrad*:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Geburtsdatum*:		Pflegegrad seit*:	Monat: <input type="text"/> Jahr: <input type="text"/>
Telefon/Mobil*:		Versichertenr.*:	<input type="text"/>
E-Mail*:		Krankenkasse*:	<input type="text"/>

Antrag auf Kostenübernahme

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.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Wird grundsätzlich benötigt	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe (puderfrei)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10% (2,62 EUR/Stück), soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Benötigte Stückzahl	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (waschbar)		51.40.01.4

Ich beauftrage die web care LBJ GmbH (curabox von pflege.de) mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die web care LBJ GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Meine Daten dürfen von web care LBJ zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Hinweis: Genehmigungsvermerk ist von der Pflegekasse auszufüllen!

Bitte zurück an die Faxnummer 040 226 161 645

IK 330204518

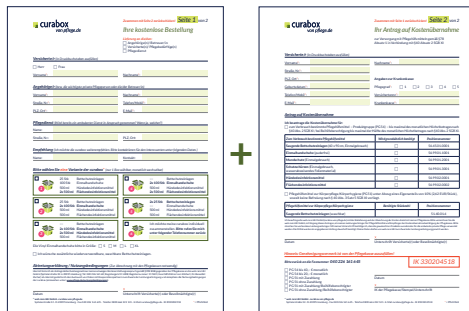
- PG 54 bis 40,- € monatlich
 PG 54 bis 20,- € monatlich
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum

IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift

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 unterschrieben in den Umschlag stecken.
4. Briefumschlag nur noch in den Briefkasten werfen.
Wir übernehmen das Porto für Sie!



The image shows two forms from curabox. The left form is titled 'Ihre bestellbare Bestellung' and contains fields for name, address, and phone number, along with a list of products. The right form is titled 'Ihr Antrag auf Kostenerstattung' and contains fields for patient name, date of birth, and insurance details, along with a table for medical history.



The diagram shows the two forms from the previous step being placed into an envelope. The envelope has a pre-printed return address and a postage box.

Porto
zahlt der
Empfänger


Deutsche Post
ANTWORT

web care LBJ GmbH
- curabox von pflege.de -
Spitalerstraße 32
D-20095 Hamburg

Alternativ können Sie uns die Formulare auch per Fax **040 226 161 645** oder per E-Mail **curabox@pflege.de** zukommen lassen.