

Antrag Albisana Pflegebox

Füllen Sie den Antrag ganz einfach Schritt für Schritt aus. Den Rest übernehmen wir!

0911 47758159

service@albisana.de

Kostenlose Beratung

1. Tragen Sie hier die persönlichen Daten der versicherten Person ein.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Hausnr.: _____

Pflegekasse: _____

Postleitzahl +Ort: _____

Versichertennummer: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (optional): _____

2. Wählen Sie Ihre gewünschten Artikel aus (5-6 Artikel).

Einmalhandschuhe 100 Stk

Größe (S, M, L, XL): _____

Handdesinfektion 500 ml

Flächendesinfektion 500 ml

Handdesinfektionsgel 100 ml

Desinfektionstücher 2in1 60 Stk

Flächendesinfektionstücher 60 Stk

Einmalbettschutz 25 Stk

FFP2 Masken 6 Stk

FFP2 Kindermasken 5 Stk

OP-Masken 50 Stk

OP-Kindermasken 50 Stk

Schutzschürzen 100 Stk

Einmallätzchen 100 Stk

Fingerlinge 100 Stk

NEU: Desinfektionstücher 2in1 To Go 15 Stk

3. Haben Sie zusätzlich Bedarf an kostenfreien wieder verwendbaren Bettschutzeinlagen?

Ja, bitte beantragen Sie diese bei meiner Pflegekasse.

Nein

4. Unterschreiben Sie auf Seite 2 den Antrag an der markierten Stelle.

Hier geht's alternativ direkt zur
Online-Beantragung.



Bitte umblättern



durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
IT-Labs GmbH Schwabacher Str. 510 90763 Fürth	3 3 0 9 0 8 5 9 7

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
 Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

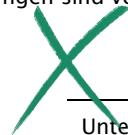
Laura Vettin/Sabine Schyma/ nicht erwünscht

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeverklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--

Datum



Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

 PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI PG 51 mit Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

(Name der Pflegekasse)

Datum:

Anschrift Versicherter

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____

Pflegekasse: _____

Wechselerklärung Leistungserbringer

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte ab dem _____ meine Pflegehilfsmittel über die IT-Labs GmbH beziehen.

Ich mache hiermit von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift