



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

NEU: ☐ Desinfektionstücher 2in1 To Go 15 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

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 Kostenübernahmeerklärung 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