



# PFLEGEBOX

CommitMed GmbH  
PflegeBox | PflegeShop  
Joachimsthaler Straße 31 – 32  
10719 Berlin

T: 030 - 609 84 13-23  
F: 030 - 609 84 13-99  
E: post@pflegebox.de

[www.pflegebox.de](http://www.pflegebox.de)  
[www.pflegeshop.de](http://www.pflegeshop.de)

## IHR INFOSET

### FÜR DIE ERSTATTUNG VON PFLEGEHILFSMITTELN

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir freuen uns sehr, Ihnen heute unseren PflegeBox-Service vorzustellen. Mit der PflegeBox erhalten Sie jeden Monat nützliche Hilfsmittel wie Einmalhandschuhe, Händedesinfektion oder Bettschutzeinlagen völlig zuzahlungsfrei nach Hause geliefert.

#### WARUM IST DIE PFLEGEBOX ZUZAHLUNGSFREI?

Ambulant Pflegebedürftige (mit Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5) haben Anspruch auf die Erstattung von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch im Wert von bis zu 40 Euro im Monat durch ihre Pflegekasse. Dazu bietet die PflegeBox den passenden Service an. Wir reichen den Antrag ein, kümmern uns um die Bewilligung und rechnen die Kosten direkt mit der Pflegekasse ab.

#### UM DEN ANSPRUCH NUTZEN ZU KÖNNEN, GENÜGT DER EINFACHE PFLEGEBOX-ANTRAG.

Bitte füllen Sie einfach kurz das Antragsformular aus und nutzen Sie den portofreien Rückumschlag für den Versand. Ausführliche Informationen finden Sie auf der Rückseite. **UND WIR VERSPRECHEN IHNEN:** Jede PflegeBox ist zuzahlungsfrei. Auch den Versand übernehmen wir! Und natürlich gehen Sie keinerlei Verpflichtungen ein. Sie können die Belieferung jederzeit pausieren oder beenden.

Wir sind offizieller Leistungserbringer für alle Pflegekassen (IK 331105769) und die gesetzlichen Datenschutzrichtlinien werden von uns strikt befolgt. Für weitere Fragen stehen wir jederzeit gerne telefonisch unter: 030 - 609 84 13 23 oder per E-Mail: [post@pflegebox.de](mailto:post@pflegebox.de) zur Verfügung.

Wir freuen uns, Sie zukünftig mit einer monatlichen PflegeBox beliefern zu dürfen und Ihre Pflege damit zu erleichtern.

Mit freundlichen Grüßen

*Ihr  
PflegeBox Team*

CommitMed GmbH  
Sitz der Gesellschaft: Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | HRB 143854 B  
USt-Id-Nr: DE 285301117 | Geschäftsführung: Ulli Papke, Christian Fleck  
Berliner Volksbank | BIC: BEVODE33 | IBAN: DE31 1009 0000 2703 3920 00



ZUZAHLUNGSFREIE  
PFLEGEHILFSMITTEL



WASCHBARE  
BETTSCHUTZEINLAGEN



INKONTINENZ-  
VERSORGUNG

Unserer Serviceteam ist  
montags bis freitags von 8 – 18 Uhr  
für Sie erreichbar:

 030 - 609 84 13 23



# PFLEGEHILFSMITTEL FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

## IN NUR DREI SCHRITTEN ZU IHRER PFLEGEBOX

- 1 Auf dem Formular „Auswahl PflegeBox“ kreuzen Sie das gewünschte Produktsortiment an.** Wählen Sie einfach aus, welche Produkte Sie monatlich bekommen möchten. Sie können natürlich auch jeden Monat die PflegeBox wechseln. Ein kurzer Anruf, eine E-Mail oder ein Brief an uns genügt.
- 2 Bitte füllen Sie den „Antrag auf Kostenübernahme“ auf der Rückseite aus,** den wir zur Erstattung bei der jeweiligen Kasse für Sie einreichen. Kreuzen Sie dort alle Produkte an, die in der gewünschten PflegeBox enthalten sind. Sie können gerne weitere Produkte ankreuzen, falls sich der Bedarf später einmal ändern sollte.
- 3 Bitte unterschreiben Sie auf beiden Seiten des Formulars und senden dieses an uns zurück.** Selbstverständlich können Sie Ihre Rückantwort portofrei verschicken. Ein entsprechender Rückumschlag liegt bei.



### PFLEGEBOX



**Bettschutzeinlagen**  
Einmalgebrauch; Unterseite flüssigkeitsundurchlässiges Material, Oberseite Vlieseschicht; 60x90 cm

25 Stück

50 Stück

75 Stück

100 Stück

150 Stück

200 Stück



**Einmalhandschuhe**  
Vinyl; unsteril, ungepudert; Größe S, M, L oder XL

100 Stück

100 Stück

100 Stück

200 Stück

200 Stück

100 Stück



**Händedesinfektion**  
Gebrauchsfertige Lösung; keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren, Pilze; hautfreundlich

500 ml

500 ml

500 ml

500 ml

500 ml

500 ml



**Mundschutz**  
Einmalgebrauch; Vlies/Zellstoff zur Abdeckung von Mund und Nase, formbare Nasenspange, Kopfgummi

50 Stück

50 Stück

50 Stück

50 Stück

50 Stück

50 Stück



**Flächendesinfektion**  
Gebrauchsfertige Lösung; keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren, Pilze; hautfreundlich

500 ml

500 ml

500 ml

500 ml

500 ml

500 ml



**Schutzschürzen**  
Einmalgebrauch; lange oder kurze Ausführung (Esslatz), feuchtigkeitsabweisendes Folienmaterial

100 Stück (kurz)

100 Stück (lang)

100 Stück (kurz)

100 Stück (kurz)

100 Stück (kurz)

100 Stück (kurz)

Passend zur individuellen Pflegesituation können Sie Ihre gewünschte Variante der PflegeBox aus sechs verschiedenen Kombinationen auswählen.

Die gewählte Variante können Sie monatlich wechseln. Auf Wunsch stellen wir Ihnen die PflegeBox auch individuell zusammen.

**Wir garantieren Ihnen wertvolle Entlastung im Pflegealltag mit unseren hochwertigen Produkten und zuverlässigem Service.**





### 1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen\*

\*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
<small>(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)</small>		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*
		<small>(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)</small>

### 2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte zutreffendes ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002

### 3 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 _ _ _

### 4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: CommitMed GmbH / PflegeBox Joachimsthaler Str. 31 – 32, D-10719 Berlin	Institutionskennzeichen: IK 331105769
--	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 40 monatlich | <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 20 monatlich                   | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                         |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung     | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r) | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r) |

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift



## BERATUNGSPROTOKOLL

Frau  Herr /  Angehörige(r)  Pflegebedürftige(r)

Vorname  Name

Straße/Nr.

PLZ, Ort

Telefon  Geb.-Datum

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Beratungsleistungen erbracht wurden:

- Information über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
- Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragformulars
- Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte

Mir ist bekannt, dass ich selbst entscheiden kann, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer ich die von mir benötigten Pflegehilfsmittel bestelle und ich jederzeit das Recht habe, den Lieferanten zu wechseln, ohne dass ich hierdurch Nachteile bei der Versorgung befürchten muss.  
Meine Pflegebetreuung hat mich über mögliche Lieferalternativen informiert.

Firma/Organisation

Straße/Nr.

PLZ, Ort

oder Stempel:

Zum Jägerweiher 20 · 88099 Neukirch  
Telefon 07528 9218178



Ort, Datum

Unterschrift Angehörige(r) oder Pflegebedürftige(r)

Ich habe Interesse an weiteren Pflegehilfsmitteln und -produkten und möchte hierzu Informationen von der Firma CommitMed GmbH als Betreiberin der PflegeBox über die von mir oben angegebenen Kommunikationswege erhalten. Mit Ankreuzen des vorstehenden Kästchens willige ich in die Verwendung meiner dort genannten Daten zur Übersendung entsprechender Informationen durch die CommitMed GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per Post an CommitMed GmbH, Joachimsthaler Str. 31-32, 10719 Berlin oder per Telefon unter 030 - 609 84 13 23 widerrufen. Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie in den beiliegenden Datenschutzhinweisen oder unter [www.pflegebox.de/datenschutz](http://www.pflegebox.de/datenschutz).

Ihr Pflegedienst übermittelt Ihre oben angegebenen Daten an die CommitMed GmbH als Betreiberin der PflegeBox ausschließlich zum Zwecke des Nachweises der Beratung. Die Verarbeitung Ihrer Daten beruht auf dem berechtigten Interesse des Pflegedienstes, den Nachweis der Beratungsleistung zu Abrechnungszwecken zu führen. Sie haben das Recht, der Verwendung Ihrer Daten jederzeit per E-Mail an [datenschutz@commitmed.de](mailto:datenschutz@commitmed.de), per Telefon unter 030 - 609 84 13 23 und per Post unter CommitMed GmbH, Joachimsthaler Straße 31-32, 10719 Berlin zu widersprechen.

# WEITERE DATENSCHUTZHINWEISE

## Wer ist für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlich?

Datenschutzverantwortliche für die Verarbeitung Ihrer Daten sind der beratende Pflegedienst sowie die CommitMed GmbH, PflegeBox, Joachimsthaler Str. 31 – 32, 10719 Berlin, E-Mail: [info@commitmed.de](mailto:info@commitmed.de).

## Wann werden Ihre Daten gelöscht?

Wir speichern Ihre Daten solange dies für den auf der ersten Seite genannten Zweck erforderlich ist. Nach dem Entfallen des Zwecks werden wir Ihre Daten selbstverständlich löschen.

Wir löschen die Daten, sofern wir keine anderen Rechtsgründe zur weiteren Speicherung feststellen. Dazu gehören Situationen, in welchen personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden müssen, in der Ansprüche gegen uns geltend gemacht werden können (z.B. gesetzliche Verjährungsfrist von drei Jahren).

## Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten?

Neben dem Widerspruchsrecht gem. Art. 21 DSGVO, haben Sie das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf eine eingeschränkte Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO), sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

## Wie können Sie uns kontaktieren?

Zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte oder wenn Sie weitere Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten haben sollten, können Sie Ihren Pflegedienst erreichen, indem Sie die Kontaktdaten auf der 1. Seite des Beratungsprotokolls nutzen. Die CommitMed GmbH können Sie wie folgt erreichen:

CommitMed GmbH  
PflegeBox | PflegeShop  
Joachimsthaler Str. 31 – 32  
10719 Berlin  
E-Mail: [info@commitmed.de](mailto:info@commitmed.de)  
Telefon: 030 - 609 84 13 23

Sie können sich auch an den Datenschutzbeauftragten der CommitMed GmbH wenden:

Ernst & Young Law GmbH  
Rechtsanwalts- und Steuerberatungsgesellschaft  
Friedrichstr. 140  
10117 Berlin  
E-Mail: [datenschutz@commitmed.de](mailto:datenschutz@commitmed.de)