

**CARPE ♦ DIEM**

„Nutze den Tag“

**1. Name des/ der Versicherten/ Pflegebedürftigen** (vom Pflegebedürftigen auszufüllen)

|                      |  |
|----------------------|--|
| _____<br>Vorname     | _____<br>Pflegekasse/ Ort  |
| _____<br>Nachname    | _____<br>Versichertennummer  |
| _____<br>Straße, Nr. | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| _____<br>PLZ, Ort    | _____<br>Geburtsdatum  |

Ich beantrage die Kostenübernahme für den Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis max. 40,00 € bei Beihilfeberechtigung bis max. 20,00 € monatlich.

| Verbrauchsmittel  | Menge    | Beantragte Pflegemittel |      |                                 | Von der Pflegekasse auszufüllen |      |        |
|---|----------|-------------------------|------|---------------------------------|---------------------------------|------|--------|
|   |          | Ja                      | Nein | Anzahl                          | Ja                              | Nein | Anzahl |
| Saugende Bettschutzeinlagen<br>Mind. 60x90cm (Einmalgebrauch)   | 50 Stk.  | <b>X</b>                |      | Nach Bedarf,<br>monatsabhängig  |                                 |      |        |
| Einmalhandschuhe puderfrei<br>Größe S, M, L, XL   | 100 Stk. | <b>X</b>                |      | Nach Bedarf,<br>monatsabhängig  |                                 |      |        |
| Mundschutz<br>Vlies, 3-laggig (Einmalgebrauch)  | 50 Stk.  | <b>X</b>                |      | Nach Bedarf,<br>monatsabhängig  |                                 |      |        |
| Schutzschürzen<br>(Wasserfestes/-abweisendes<br>Folienmaterial (Einmalgebrauch))  | 100 Stk. | <b>X</b>                |      | Nach Bedarf,<br>monatsabhängig  |                                 |      |        |
| Händedesinfektionsmittel<br>Keimvermindernde Wirkung (Bakterien,<br>Pilze, Viren)   | 500 ml   | <b>X</b>                |      | Nach Bedarf,<br>monatsabhängig  |                                 |      |        |
| Flächendesinfektion Wirkung<br>(Bakterien, Pilze, Viren)  | 500 ml   | <b>X</b>                |      | Nach Bedarf,<br>monatsabhängig  |                                 |      |        |
| Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt. |          |                         |      |                                 |                                 |      |        |
| Saugende Bettschutzeinlagen<br>(Wiederverwendung)   | 1 Stk.   | <b>X</b>                |      | Nach Bedarf,<br>Max. 2 pro Jahr |                                 |      |        |

Ich beauftrage die **Carpe diem Consulting** mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die **Carpe diem Consulting**, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie- falls vorhanden – meine bisherigen Lieferanten. Darüber hinaus beauftrage ich die **Carpe diem Consulting** in meinem Namen Widerspruch gegen die Genehmigung der Pflegekasse einzulegen, falls eine vollständige Bewilligung durch die Pflegekasse nicht erfolgt. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen und ausschließlich für die private ambulante Pflege verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt; Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Meine Daten dürfen von der Carpe Diem Consulting CarpeBox zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden. Erfolgt die Kostenübernahme nicht durch den gesetzlichen Kostenträger verpflichte ich mich die Ware privat zu bezahlen.

**X**  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegebedürftige(r)/ Bevollmächtigte(r)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (von der Pflegekasse auszufüllen)

Produktgruppe(n): \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ monatlich      Zuzahlung       Ja  Nein  
 Beihilfeberechtigt       Ja  Nein

Bewilligt ab: \_\_\_\_\_

Genehmigungsnummer: \_\_\_\_\_

IK der Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Datum/ Stempel/ Unterschrift

## ♦ Hilfsmittelhandel ♦ Hilfsmittelversorgung ♦

Carpe Diem Consulting  
Bahnhofstraße 5a  
21279 Hollenstedt  
Steuer-Nr.: 15/130/19373  
USt.-IdNr.: D302078390  
IK-Nr.: 330 333 854

Geschäftsführer:  
Torsten Möller

Telefon: 04165 – 22 28 950  
Fax: 04165 – 21 75 38  
E-Mail: info@carpebox.de

Bankverbindung:  
Volksbank Geest e.V.  
BIC: GENODEF1APE  
IBAN: DE81 2006 9782 0187 8441 05