

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Versicherte(r) ist:    gesetzlich pflegeversichert    privat pflegeversichert  
                              beihilfeberechtigt                    über Ortsamt/Sozialamt versichert

Unsere Pflegebox-Produkte (Sie können bis zu vier Produkte auswählen):

|                              |                    |                 |             |                                           |
|------------------------------|--------------------|-----------------|-------------|-------------------------------------------|
| Desinfektion für die Hände:  |                    |                 |             | Nitril-Einmalhandschuhe (100 Stück)       |
| Schütten (500ml)             | Schütten (100ml)   | Gel (500ml)     | Gel (100ml) | Größe:    S    M    L    XL               |
| Desinfektion für die Fläche: |                    |                 |             | Einmal-Bettschutzeinlagen (25 Stück)      |
| Schütten (500ml)             | Fläche (60 Tücher) | Sprühen (500ml) |             | FFP2-Masken (10 Stück)                    |
| Desinfektionstücher:         |                    |                 |             | OP-Masken (50 Stück)                      |
| Hände (60 Tücher)            | Fläche (60 Tücher) |                 |             | Einmal-Schutzschürzen (100 Stück)         |
|                              |                    |                 |             | Wiederverwendbare Schutzschürze (1 Stück) |



Bei den abgebildeten Pflegebox-Produkten handelt es sich um Beispielprodukte.

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (Größe 85x90 cm) kostenlos ohne Zuzahlung bis zu 3 Stück jährlich

Ihr Bedarf an Pflegehilfsmitteln hat sich geändert? Kein Problem: Ändern Sie einfach die Zusammenstellung Ihrer Pflegebox per E-Mail [info@ecura.de](mailto:info@ecura.de) oder kontaktieren Sie telefonisch unsere Berater +49 6101 800604. Wir kümmern uns um alles, damit Sie mehr Zeit haben.

Haben Sie einen Gutscheincode? 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Lieferadresse (Erste Lieferung nach Genehmigung durch Pflegekasse)

An die/den Pflegebedürftige(n)/Versicherte(r)

Alternative Lieferadresse:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die o.g. Auswahl der Pflegebox, dass ecura GmbH mich zu Informationszwecken kontaktieren darf und dass meine Daten für Abrechnungszwecke an den Dienstleister der RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH weitergeleitet werden dürfen. Sofern ich bereits Pflegehilfsmittel von einem anderen Dienstleister erhalte, trage ich die Kosten für den doppelten Bezug selbst.



Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Bitte senden Sie das Original per Post oder eingescannt als E-Mail an die unten stehenden Kontaktdaten.

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift (Stempel)                          | Institutionskennzeichen           |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ecura GmbH<br>Homburger Straße 76<br>61118 Bad Vilbel | 3   3   0   6   0   3   3   8   3 |

☐ 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)

Datum der Beratung:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Beratende/r Mitarbeiter/in:

---

☐ 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