

**PROMEDICA**  
PFLEGEBOX

Liebe Kundin, lieber Kunde,  
damit Sie sich sicher fühlen:

**So einfach erhalten Sie Ihre kostenlose  
PROMEDICA Pflegebox, bequem monatlich geliefert:**

1

Füllen Sie beide Formulareseiten aus.  
Dank unserer praktischen Ausfüllhilfe  
geht das schnell und einfach.

2

Senden Sie uns Bestell- und Antragformular unter-  
schrieben zurück – bequem per E-Mail, Fax oder Post:

E-Mail: [info@promedica-pflegebox.de](mailto:info@promedica-pflegebox.de)

oder: Fax: +49 201 85974714

oder per Post:

**PROMEDICA24 Care Support GmbH**  
Limbecker Platz 1  
45127 Essen

3

Fertig!  
Wir kümmern uns um alles Weitere.

Nach maximal vier Wochen erhalten Sie Ihre erste  
kostenfreie PROMEDICA Pflegebox.

Mit herzlichen Grüßen  
**Ihr PROMEDICA Pflegebox-Team**



**Für Ihre Sicherheit:**

FFP2-Masken und Mund-Nasen-Schutz  
jetzt bestellbar\*

\* Beilage des Mundschutzes und der  
FFP2-Masken möglich, wenn von der Kasse genehmigt.



**Unser Tipp:  
Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen**

Bis zu 300 Mal waschbar – praktisch und  
umweltschonend. Auf Wunsch erhalten Sie  
diese ebenfalls ohne zusätzliche Kosten.

Wählen Sie dafür einfach die entsprechende  
Option im Formular aus.

**Haben Sie noch Fragen?**

Wir beraten Sie gerne

0800 20022306

1a **Bestellformular Seite 1**1.1 **Versicherte/r:** (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

Frau  Herr  Vorname:  Nachname:

1.2 **Angehörige/r:** (bzw. wichtige private Pflegeperson oder der/die Betreuer/in)

Frau  Herr  Vorname:  Nachname:

Straße:  Haus-Nr.:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

E-Mail:  Telefon:

1.3 **Pflegedienst:** (falls vorhanden)

Name des Pflegedienstes / der Sozialstation:


Straße:  Haus-Nr.:


PLZ:  Ort:  Partner-Nr.:


1.4 **Lieferung der Box an:**

den Versicherten  den Angehörigen  den Pflegedienst

1.5 **Ihre PROMEDICA Pflegebox:** (monatlicher Wechsel möglich)

**Pflegebox 1**  Handschuhe (Vinyl, Nitril, Latex) 100 Stk  
Mundschutz (FFP2) 6 Stk  
Flächendesinfektion 500 ml  
Händedesinfektion 500 ml  
Bettsschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 25 Stk

**Pflegebox 2**  Mundschutz (FFP2) 6 Stk  
Desinfektionstücher 80 Stk  
Handschuhe (Vinyl, Nitril, Latex) 100 Stk  
Händedesinfektion 500 ml

**Pflegebox 3**  Schutzschürzen (waschbar) 1 Stk  
Handschuhe (Vinyl, Nitril, Latex) 100 Stk  
Flächendesinfektion 500 ml

**Meine individuelle PROMEDICA Pflegebox**  
Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:

**BEI UNS: Zusätzliche wiederverwendbare Bettsschutzeinlagen** 

✓ ohne zusätzliche Kosten ✓ bis zu 300 mal waschbar

**Handschuhgröße:**

S  M  L  XL

**Handschuhmaterial:**

Vinyl  Nitril  Latex



# 1b Bestellformular Seite 2

## 1.6 Beauftragung

Hiermit beauftrage ich die PROMEDICA24 Care Support GmbH (Limbecker Platz 1, 45127 Essen, Tel.+ 49 800 20022306; eingetragen unter HRB 29205 beim Amtsgericht Essen, Geschäftsführer: Michał Paciorek) mit der Beauftragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als AntragstellerIn/ LeistungsnehmerIn meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gem. § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die PROMEDICA24 Care Support GmbH ab. Die beigefügten AGB sind Bestandteil des Vertrages. Ich habe diese gelesen.

- Ferner erteile ich die vollumfassende datenschutzrechtliche Einwilligung nach Maßgabe der nachfolgenden Punkte. Wahlweise einzeln ankreuzen:
  - Ich weiß, dass meine im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die PROMEDICA24 Care Support GmbH verarbeitet werden. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z. B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und hafte für das Vorliegen der Vollmacht. Diesem Punkt muss zum Zustandekommen des Vertrags zugestimmt werden.
  - Ich willige ein, dass die Promedica24 Care Support GmbH, Essen oder eine mit Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 94, 000-807, Warschau (PL) verbundene Gesellschaft mir Marketing- und Werbeeinrichtungen zu den Dienstleistungen der Promedica24-Gruppe, Verbraucherbefragungen, Preisausschreiben, Sonderaktionen und Events zusenden oder mich dazu kontaktieren.

Ich habe die Möglichkeit, die erteilte Einwilligung jederzeit per E-Mail an: info@promedica-pflegebox.de, telefonisch: +49 800 20022306, schriftlich an Limbecker Platz 1, 45127 Essen oder persönlich zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Grundlage der Einwilligung vor ihrem Widerruf vorgenommen wurde. Auch hat der Widerruf keine Auswirkung auf die Verarbeitung der zur Vertragsdurchführung notwendigen Daten, die wir von Ihnen erhalten haben.

Datum



Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/ Betreuers

Vermittelt durch: \_\_\_\_\_



## 2 Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

2.1

### Versicherte/r:

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Vorname*:	<input type="text"/>	Nachname*:	<input type="text"/>
Straße*:		Haus-Nr.*:	<input type="text"/>	Adresszusatz:	
PLZ*:		Ort*:		<input type="text"/>	
E-Mail:			Telefon*:	Geburtsdatum*:	
Krankenkasse*:	<input type="text"/>	Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
				3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
				5 <input type="checkbox"/>	
Kenn-Nr. Krankenkasse*:			Versicherten-Nr.*:		

### Antrag auf Kostenübernahme:

Denken Sie an **Krankenkassen-** und **Versichertennummer.**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

2.2

### Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

### Positionsnummer

**Empfehlung:** Kreuzen Sie alle Artikel an, die auch in Zukunft zu Ihrem Pflegebedarf passen, um so das Pflegepaket bei Bedarf einfach ändern zu können.

- |                          |  |               |
|--------------------------|--|---------------|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen (Einmalgebrauch) · wasserfestes/abweisendes Folienmaterial              | 54.99.01.3001 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen (waschbar) · wasserfestes/abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar) | 54.99.01.3002 |
| <input type="checkbox"/> | Einmalhandschuhe · puderfrei   | 54.99.01.1001 |
| <input type="checkbox"/> | Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) · mindestens 60 x 90 cm                            | 54.45.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Mundschutz (Einmalgebrauch) · Vlies, 3-lagig   | 54.99.01.2001 |

2.3

### Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

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

PROMEDICA Pflegebox übernimmt Ihren Eigenanteil.

ohne  
zusätzliche  
Kosten

2.4

### Stückzahl wählen

### Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene

### Positionsnummer

- 1  2  3  4 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 cm, Saugleistung 3600 ml/m<sup>2</sup>, 90°C waschbar) 51.40.01.41

Hiermit bevollmächtige ich die PROMEDICA24 Care Support GmbH (PROMEDICA Pflegebox) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die PROMEDICA24 Care Support GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der PROMEDICA24 Care Support GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die PROMEDICA24 Care Support GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Hiermit bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum



Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

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

- PG 54 bis 40,- € monatlich  PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter **IK #46 05 244 89**
- PG 54 bis 20,- € monatlich  PG 51 ohne Zzgl.  PG 51 mit Zzgl.  PG 51 mit Zzgl./Beihilfeberechtigter

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

# Allgemeine Geschäftsbedingungen

der Promedica24 Care Support GmbH Stand: 25.11.2021

## § 1 Allgemeines

1. Diese Allgemeinen Verkaufsbedingungen (im Folgenden: AGB) gelten für alle über geschlossenen Verträge über Lieferung der zum Verbrauch bestimmter Hilfsmittel zwischen uns, der **Promedica24 Care Support GmbH**, Limbecker Platz 1, 45127 Essen, eingetragen beim Handelsregister des AG Essen unter HRB 29205, Tel.: +49 800 20022306, Fax: +49 201 85974714, info@promedica-pflegebox.de (im Folgenden auch „**Promedica24**“ genannt) und Ihnen als unseren Kunden (im Folgenden auch „**Kunde**“ genannt). Die AGB gelten unabhängig davon, ob Sie Verbraucher, Unternehmer oder Kaufmann sind.
2. Alle zwischen Ihnen und uns im Zusammenhang mit dem Kaufvertrag getroffenen Vereinbarungen ergeben sich insbesondere aus diesen Verkaufsbedingungen, unserer schriftlichen Auftragsbestätigung und unserer Annahmeerklärung.
3. Maßgebend ist die jeweils bei Abschluss des Vertrags gültige Fassung der AGB.
4. Abweichende Bedingungen des Kunden akzeptieren wir nicht. Dies gilt auch, wenn wir der Einbeziehung nicht ausdrücklich widersprechen.
5. Sie befinden sich in Verzug, wenn Sie die Rechnung nicht innerhalb der auf der Rechnung angegebenen Zahlungsfrist begleichen.
6. Eine Zahlung gilt erst dann als geleistet, wenn wir über den Betrag verfügen können. Zahlungen werden zunächst auf die Kosten, dann auf die Zinsen und zuletzt auf die Hauptleistung angerechnet. Im Falle qualifizierten Verzugs geben wir die Angelegenheit ohne weitere Korrespondenz zur Beitreibung ab, wodurch zu Lasten des Käufers weitere Kosten und Gebühren entstehen.
7. Wir sind berechtigt, zur Abwicklung der Zahlungen unseren Kaufpreisanspruch sowie den an uns abgetretenen Kostenerstattungsanspruch gegen Ihre GKV an einen Dienstleister abzutreten.

## § 2 Unser Angebot / Service

1. Unser Leistungsangebot „**PROMEDICA Pflegebox**“ (nachfolgend bezeichnet als „**PM Pflegebox**“) umfasst Ihre Versorgung durch uns mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln sowie auf Ihre Anforderung hin auch die entsprechende Beantragung/Abwicklung der Kostenübernahme durch Ihre gesetzliche Pflegeversicherung (nachfolgend gemeinsam bezeichnet als „**PM24 Service**“). Das Leistungsangebot richtet sich hauptsächlich an pflegebedürftige Verbraucher, die einen Pflegegrad erhalten haben und zu Hause oder in einer Wohngruppe o.Ä. leben, sowie an deren pflegenden Angehörige oder gesetzliche Vertreter. Der Kunde wird mit einer von ihm ausgewählten Zusammenstellung an erstattungsfähigen Pflegehilfsmitteln beliefert. Die gewählte Zusammenstellung sowie der gewählte Belieferungszeitraum kann innerhalb einer Frist von **14 Tagen** vor dem angekündigten neuen Liefertermin angepasst werden. Wählt der Kunde die Lieferung der PM Pflegebox mit PM24 Service, d. h. mit der Beauftragung der Promedica24 zur Antragstellung an die gesetzliche Pflegeversicherung des Kunden, so setzt dies die Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs, welcher dem Kunden gegenüber der Pflegekasse für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zusteht, an Promedica24 voraus.
2. Wir sind berechtigt, für die Erbringung unseres Angebots, gemäß vorstehendem Abs. 1 Dritte als Dienstleister, Erfüllungsgehilfen und unsere Subunternehmer mit der Erbringung von Teilen oder des ganzen Leistungsspektrums zu beauftragen.

## § 3 Vertragsschluss

1. Alle Angaben zu unseren Waren und Preisen vor Vertragsschluss sind freibleibend und unverbindlich. Die Produktabbildungen müssen nicht immer mit dem Aussehen der gelieferten Produkte übereinstimmen. Insbesondere kann es nach Sortimentserneuerungen der Hersteller zu Veränderungen im Aussehen und in der Ausstattung von Artikeln kommen. Mängelansprüche bestehen diesbezüglich insoweit nicht, als die Veränderungen für Sie zumutbar sind. Wir sind nach besten Kräften bemüht, die Abbildungen aktuell zu halten und diese anzupassen.
2. Ein Liefervertrag über die Belieferung des Kunden mit den zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel kommt wie folgt zustande:
  - a. Die Internetseite, Präsentation und Bewerbung von Artikeln und insbesondere der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel in unserem Online-Shop und in unseren Katalogen stellt kein bindendes Angebot zum Abschluss eines Liefervertrages dar.
  - b. Sie als Kunde stellen uns, der Promedica24, Informationen über Ihre persönliche Versorgungssituation mit Hilfsmitteln zur Verfügung. Dies können Sie durch die Eingabe Ihrer Daten auf der Internetseite, per Telefon mit einem Fachberater oder im persönlichen Gespräch mit einem solchen, per Übermittlung Ihrer Daten an uns per E-Mail oder durch die Zusendung eines Hilfsmittelrezepts (nachfolgend „persönliche Informationen“) tun.
  - c. Das Angebot über unsere Webseite wird an uns insoweit übermittelt, dass Sie alle erforderlichen Daten im Bestellformular eingeben und das Angebot durch Anklicken eines Buttons „kostenpflichtig bestellen“ an uns absenden. Anschließend erhalten Sie das Angebot per E-Mail, das Sie per DocuSign unterzeichnen.
  - d. Wir nehmen das Angebot an, in dem wir Ihnen nach Prüfung Ihrer Daten eine E-Mail-Bestätigung über das Zustandekommen eines Vertrages über die Belieferung mit den zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel zusenden. Der Vertrag kann jedoch auch dadurch zustande kommen, dass wir Ihnen die Ware ohne eine Bestätigung zukommen lassen.
  - e. Sie sind an die Bestellung für die Dauer von zwei (2) Wochen nach Abgabe der Bestellung gebunden; Ihr gegebenenfalls nach § 3 bestehendes Recht, Ihre Bestellung zu widerrufen, bleibt hiervon unberührt.
3. Bestellungen können wir nur ab einem Mindestbestellwert berücksichtigen. Den Mindestbestellwert können Sie durch die Zusammenstellung einer PM Pflegebox entnehmen.

## § 4 Preise, Abtretung, Zahlungen

1. In unseren Preisen sind die Verpackungskosten und die gesetzliche Umsatzsteuer enthalten. Sie haben im Falle eines Widerrufs Ihrer auf den Abschluss des Kaufvertrages gerichteten Willenserklärung die in unten beigefügter Widerrufsbelehrung näher bezeichneten regelmäßigen Kosten der Rücksendung der Ware zu tragen. Wir bitten Sie, die Ware in ihrer Originalverpackung an uns zurück zu senden.
2. Sofern wir mit Ihnen nicht schriftlich etwas anderes vereinbart haben, ist der von Ihnen geschuldete Kaufpreis ohne Abzug binnen 30 Tagen zu zahlen, nachdem unsere Rechnung bei Ihnen eingegangen ist.
3. Geraten Sie mit der Zahlung in Verzug, so sind wir berechtigt, ab diesem Zeitpunkt Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank (EZB) zu verlangen. Wir behalten uns insoweit vor, einen höheren Schaden nachzuweisen.
4. Haben Sie einen Anspruch gegen Ihre gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) auf die Erstattung der Kosten für den Erwerb der zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel nach Maßgabe des § 40 Abs. 1, 2 SGB XI, wird dieser Anspruch zur Erfüllung des Kaufpreisanspruchs gegen die GPV an uns abgetreten. Wir nehmen die Abtretung erfüllungshalber an. Zur Abwicklung der Abrechnung sind Sie verpflichtet, einen Kostenübernahmeantrag wahrheitsgemäß auszufüllen und an uns unterschrieben, bzw. per DocuSign unterzeichnet, an uns weiterzuleiten. Dieser Kostenübernahmeantrag enthält eine Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs des Kunden gegenüber seiner GPV an uns sowie unsere Beauftragung für die Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch die GPV inklusive der Abrechnung. Mit Ihrer Unterschrift auf dem Kostenübernahmeantrag erklären Sie als Kunde oder als Vertreter des Kunden die Zustimmung, dass wir für die Antragstellung und -abwicklung der Pflegeleistungen im Namen des Kunden bevollmächtigt sind.
5. Sobald wir die vollständig ausgefüllten Formulare erhalten haben, leiten wir den Kostenübernahmeantrag an die zuständige(n) GPV weiter. Nach Antragstellung prüft die GPV, ob ein Anspruch des Kunden auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln besteht. Liegen die Voraussetzungen hierfür vor, wird die Leistung durch die GPV bewilligt. Sie werden über diesen Schritt entweder gesondert von uns informiert oder Sie erhalten direkt die gewünschte Zusammenstellung der PM Pflegebox. Die Bewilligung der Leistungen kann durch die GPV auch befristet werden. Bei befristeten Bewilligungen müssen Sie uns einen erneuten Antrag bzgl. des **PM24 Service** übersenden. Sollten Ihnen nach Mitteilung Ihrer GPV überhaupt kein Anspruch auf die Versorgung von Pflegehilfsmitteln zustehen, werden Sie darüber informiert. In diesem Fall haben Sie den Kaufpreis an uns zu erstatten. Das gleiche gilt, wenn Sie das Budget bereits verbraucht haben, weil Sie beispielsweise einen anderen Anbieter mit der Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln beauftragt haben. In diesem Fall können wir Sie gerne bei der Zurverfügungstellung der Kündigungsmuster unterstützen und ggf. die Belieferung zeitweise aussetzen. Einen Anspruch auf die Aussetzung der Belieferung haben Sie nicht.

## § 5 Vertragslaufzeit, Lieferzeiten, Lieferabwicklungen

1. Der Vertrag wird auf eine unbestimmte Zeit abgeschlossen.
2. Der Vertrag kann jederzeit mit einer Kündigungsfrist von 14 Tagen zum Monatsende gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.
3. Jeder Liefervertrag kann außerordentlich gekündigt werden, wenn die GPV die Kostenübernahme ablehnt.
4. Jede Kündigung bedarf der Textform und kann per Post oder E-Mail erklärt werden. Wird ein Kündigungsbutton angeboten, kann der Liefervertrag unter Angabe Ihres Namens und der E-Mail-Adresse durch Bestätigung des Kündigungsbuttons gekündigt werden. Sie werden informiert, wenn wir einen Kündigungsbutton zur Verfügung stellen.
5. Die Kündigung hat keine Auswirkung auf die Verpflichtung zur Zahlung des Kaufpreises für die bis Vertragsende (Wirksamkeit der Kündigung) vertragsgemäß gelieferten zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel.
6. Lieferungen von rezeptierten Hilfsmitteln liefern wir erst nach Erhalt einer gültigen Verordnung, dann einschließlich Verpackung im Inland frei Haus unter Ausnutzung des günstigsten Versandweges unserer Wahl. Die zu liefernden Mengen richten sich nach dem Tagesbedarf der medizinisch notwendigen Versorgung und erfolgen nur für den Zeitraum der Gültigkeit der jeweiligen Verordnung. Mengen, die darüber hinaus bestellt werden, hat der Kunde selbst zu bezahlen. Ebenso werden bei Sonderwünschen die hierdurch entstehenden Mehrkosten berechnet.

## § 6 Widerrufsrecht für Verbraucher

1. Wenn Sie Verbraucher sind (also eine natürliche Person, die die Bestellung zu einem Zweck abgibt, der weder Ihrer gewerblichen oder selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden kann), steht Ihnen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen ein Widerrufsrecht zu.
2. Machen Sie als Verbraucher von Ihrem Widerrufsrecht nach vorstehendem Abs. 1 Gebrauch, so haben Sie die regelmäßigen Kosten der Rücksendung zu tragen.
3. Im Übrigen gelten für das Widerrufsrecht die Regelungen, die im Einzelnen wiedergegeben sind in der Widerrufsbelehrung.
4. Das Widerrufsrecht besteht, soweit die Parteien nichts anderes vereinbart haben, nicht bei folgenden Verträgen:
  - a. Verträge zur Lieferung von Waren, die nicht vorgefertigt sind und für deren Herstellung eine individuelle Auswahl oder Bestimmung durch den Verbraucher maßgeblich ist oder die eindeutig auf die persönlichen Bedürfnisse des Verbrauchers zugeschnitten sind,
  - b. Verträge zur Lieferung von Waren, die schnell verderben können oder deren Verfallsdatum schnell überschritten würde,
  - c. Verträge zur Lieferung versiegelter Waren, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder der Hygiene nicht zur Rückgabe geeignet sind, wenn ihre Versiegelung nach der Lieferung entfernt wurde.

## § 7 Eigentumsvorbehalt

Die gelieferte Ware bleibt bis zur vollständigen Bezahlung des Kaufpreises in unserem Eigentum.

## § 8 Gewährleistung

1. Wir haften für Sach- oder Rechtsmängel gelieferter Artikel nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften, insbesondere §§ 434 ff. BGB. Die Verjährungsfrist für gesetzliche Mängelansprüche beträgt zwei Jahre und beginnt mit der Ablieferung der Ware.
2. Die Angaben in unseren Sortiments- und Leistungsübersichten oder sonstigem Informations- und Werbematerial sind keinesfalls als Garantien für eine besondere Beschaffenheit des Liefergegenstandes zu verstehen. Derartige Beschaffenheitsgarantien sind nur wirksam, wenn sie schriftlich ausdrücklich vereinbart werden.
3. Etwaige von uns gegebene Verkäufergarantien für bestimmte Artikel oder von den Herstellern bestimmter Artikel eingeräumte Herstellergarantien treten neben die Ansprüche wegen Sach- oder Rechtsmängeln im Sinne von Abs. 1. Einzelheiten des Umfangs solcher Garantien ergeben sich aus den Garantiebedingungen, die den Artikeln gegebenenfalls beiliegen.

## § 9 Haftung

1. Wir haften Ihnen gegenüber in allen Fällen vertraglicher und außervertraglicher Haftung bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen auf Schadensersatz oder Ersatz vergeblicher Aufwendungen.
2. In sonstigen Fällen haften wir – soweit in Abs. 3 nicht abweichend geregelt – nur bei Verletzung einer Vertragspflicht, deren Erfüllung die ordnungsgemäße Durchführung des Vertrags überhaupt erst ermöglicht und auf deren Einhaltung Sie als Kunde regelmäßig vertrauen dürfen (so genannte Kardinalpflicht), und zwar beschränkt auf den Ersatz des vorhersehbaren und typischen Schadens. In allen übrigen Fällen ist unsere Haftung vorbehaltlich der Regelung in Abs. 3 ausgeschlossen.
3. Unsere Haftung für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit und nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt von den vorstehenden Haftungsbeschränkungen und -ausschlüssen unberührt.

## § 10 Anwendbares Recht und Gerichtsstand, Salvatorische Klausel

1. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Wenn Sie die Bestellung als Verbraucher abgegeben haben und zum Zeitpunkt Ihrer Bestellung Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einem anderen Land haben, bleibt die Anwendung zwingender Rechtsvorschriften dieses Landes von der in Satz 1 getroffenen Rechtswahl unberührt.
2. Erfüllungsort für alle Ansprüche aus dem Vertragsverhältnis ist Essen, Deutschland.
3. Soweit zulässig, wird der ausschließliche Gerichtsstand in Essen, Deutschland vereinbart.
4. Streitbeilegung: Die EU-Kommission hat eine Internetplattform zur Online-Beilegung von Streitigkeiten geschaffen. Die Plattform dient als Anlaufstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten betreffend vertragliche Verpflichtungen, die aus Online-Kaufverträgen erwachsen. Nähere Informationen sind unter dem folgenden Link verfügbar: <http://ec.europa.eu/consumers/odr>.
5. Zur Teilnahme an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle sind wir weder bereit noch verpflichtet.
6. Ist eine vertragliche Vereinbarung dieser Geschäftsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam, so bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon unberührt. In diesem Fall verpflichten sich die Parteien, die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen Bestimmung am nächsten kommt.



# Widerrufsbelehrung

der Promedica24 Care Support GmbH Stand: 25.11.2021

## Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die Waren in Besitz genommen haben bzw. hat.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns, der **Promedica24 Care Support GmbH, Limbecker Platz 1, 45127 Essen, Tel.: +49 800 20022306, Fax: +201 85974714, info@promedica-pflegebox.de** mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Sie können das Muster-Widerrufsformular oder eine andere eindeutige Erklärung auch auf unserer Webseite elektronisch ausfüllen und übermitteln. Machen Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, so werden wir Ihnen unverzüglich (z. B. per E-Mail) eine Bestätigung über den Eingang eines solchen Widerrufs übermitteln.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

## Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Waren wieder zurückerhalten haben oder bis Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Waren zurückgesandt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist.

Sie haben die Waren unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag, an dem Sie uns über den Widerruf dieses Vertrages unterrichten, an uns oder an SABEDA Logistik GmbH, Pappelallee 78-79, 10437 Berlin zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von vierzehn Tagen absenden.

Sie tragen die unmittelbaren Kosten der Rücksendung der Waren.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

## Muster-Widerrufsformular

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren / die Erbringung der folgenden Leistung ...

Bestellt am ... / Erhalten am ...

Name des Verbrauchers ...

Anschrift des Verbrauchers ...

Unterschrift des Verbrauchers ...

Datum ...

• **Ende der Widerrufsbelehrung** •

# Erklärung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten

## Der Verantwortliche

Der Verantwortliche für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Abschluss der Durchführung des Vertrages über die Lieferung der Pflegehilfsmittel ist Promedica24 Care Support GmbH, Limbecker Platz 1, 45127 Essen.

Wenn eine zusätzliche Einwilligung für den Erhalt von Marketing- und Werbeinformationen erteilt wurde, sind sowohl die Promedica24 Care Support GmbH als auch die Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 94, 00-807 Warschau die Verantwortlichen für die Verarbeitung folgende Daten: Vorname, Nachname, E-Mail-Adresse, Telefonnummer.

Die Verantwortlichen können kontaktiert werden:

- Promedica Care Support GmbH – per E-Mail an: info@promedica-pflegebox.dee, telefonisch: +49 800 20022306
- Promedica Care Sp. z o.o. – per E-Mail an: daneosobowe@promedica24.pl, telefonisch: +48 22 1202100

## Der Datenschutzbeauftragte

Die oben genannten Verantwortlichen haben jeweils einen Datenschutzbeauftragten. Sie können diesen kontaktieren. Der Datenschutzbeauftragte der Promedica Care kann über daneosobowe@promedica24.pl und der Datenschutzbeauftragte der Promedica24 Care Support kann über info@promedica-pflegebox.de kontaktiert werden.

Sie können Beschwerde bei unserer federführenden Aufsichtsbehörde, Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych für Promedica Care Sp. z o.o. und / oder der Landesbeauftragten für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen für Promedica24 Care Support GmbH sowie bei einer lokalen Behörde einreichen.

## Die Zwecke und die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Die personenbezogenen Daten des Versicherten werden von dem Verantwortlichen Promedica24 Care Support GmbH für folgende Zwecke verarbeitet: Abschluss und Durchführung des Vertrages über die Lieferung der Pflegehilfsmittel sowie Führung der Buchhaltung des Verwalters, Erfüllung von Aufgaben im Zusammenhang mit den rechtlichen Verpflichtungen des Verantwortlichen. Darüber hinaus werden die Daten auch zur Geltendmachung oder Verteidigung möglicher Ansprüche des Verantwortlichen verarbeitet, die entstehen können.

Die rechtliche Grundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist:

- 1) die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Vertrags des Vertrages über die Lieferung der Pflegehilfsmittel (Art. 6 (1) b) DSGVO) und im Falle von Gesundheitsdaten des Versicherten – die Einwilligung zur Verarbeitung dieser Daten (Art. 9 (1) f) DSGVO);
- 2) die Verarbeitung ist zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich, der der Verantwortliche unterliegt (Art. 6 (1) c) DSGVO), die unter anderem darin besteht, die Buchhaltung des Verantwortlichen zu führen, Aufgaben im Zusammenhang mit dem Schutz personenbezogener Daten zu erfüllen, die sich aus der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) und aus anderen allgemein geltenden Regelungen ergeben;
- 3) die Verarbeitung ist zur Wahrung rechtlich begründetes Interesse des Verantwortlichen (Art. 6 (1) f) DSGVO), das insbesondere in der Feststellung, der Geltendmachung oder der Verteidigung möglicher Ansprüche besteht.

Ihre personenbezogenen Daten werden von dem Verantwortlichen Promedica Care Sp. z o.o. und dem Verantwortlichen Promedica24 Care Support GmbH für Marketingzwecke auf der Grundlage Ihrer Einwilligung verarbeitet (Art. 6 (1) a) DSGVO)

## Empfänger von personenbezogenen Daten

Zugang zu personenbezogenen Daten haben nur unsere Mitarbeiter, Vertreter sowie Unternehmen der Promedica24-Gruppe, welche mit unserer Gesellschaft zusammenarbeiten und Wirtschaftsbeteiligte außerhalb der Promedica24-Gruppe, die für uns IT- und technische Supportleistungen sowie Archivierung und Aktenvernichtung, kooperierende Anwaltskanzleien und Steuerbüros, Postdienste, Kurier, Banken und andere Unternehmen, die Dienstleistungen für die Verwalter erbringen und zur ordnungsgemäßen Erfüllung des Vertrags den Zugang zu den Daten haben müssen. Diese Subjekte haben nur insoweit Zugang zu den Daten, als dies erforderlich ist.

Die Daten werden auch zuständigen Staatsorganen, einschließlich den Pflegekassen, im Zusammenhang mit der Erfüllung von Aufgaben zum Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel übermittelt.

## Dauer der Speicherung von personenbezogenen Daten

Die personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der sich aus den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften ergebenden Fristen gespeichert, d. h. bis zum Ablauf der Fristen für die Speicherung von Steuerunterlagen. Die oben genannten Fristen können gegebenenfalls um die Verjährungsfrist für zivilrechtliche Ansprüche verlängert werden.

Wenn Sie in die Verarbeitung personenbezogener Daten eingewilligt haben, werden Ihre personenbezogenen Daten so lange gespeichert, wie es für die Erfüllung des Zwecks, für den sie zur Verfügung gestellt wurden, erforderlich ist, jedoch nicht länger als bis Sie Ihre Einwilligung widerrufen.

## Übermittlung von Daten außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes

Ihre Daten können außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übermittelt und daher auch von Rechtssubjekten verarbeitet werden, die unter anderem in den Vereinigten Staaten von Amerika tätig sind (z. B. Microsoft Corporation, DocuSign Incorporated).

Die Verantwortlichen haben darauf geachtet, nur Lieferanten zu wählen, die ein hohes Niveau des Schutzes personenbezogener Daten garantieren.

Die Verantwortlichen stellen sicher, dass die Übermittlung von Daten an in den Vereinigten Staaten von Amerika tätige Rechtssubjekte unter Anwendung angemessener Schutzmaßnahmen auf der Grundlage einschlägiger Vereinbarungen zwischen dem Verantwortlichen und dem betreffenden Rechtssubjekt erfolgt, die von der Europäischen Kommission angenommene Standardvertragsklauseln enthalten. Die Vereinbarungen sind bei den Verantwortlichen verfügbar.

## Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Es stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- das Recht, Zugang zu personenbezogenen Daten zu beantragen, ihre Berichtigung, Entfernung oder Einschränkung zu fordern, sowie das Recht zur Übertragung der Daten;
- das Widerspruchsrecht aus Gründen, die mit Ihrer besonderen Situation zusammenhängen, wenn die Grundlage für die Verarbeitung der Daten ist die Wahrung rechtlich begründetes Interesse des Verantwortlichen;
- das Widerrufsrecht, wenn die Grundlage für die Verarbeitung der Daten ist die Einwilligung. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung die aufgrund der Einwilligung bis zu ihrem Widerruf realisiert wurden;
- das Recht, eine Beschwerde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz und die Informationsfreiheit einzureichen.

## Warum Sie Ihre persönlichen Daten zur Verfügung stellen

Die Angabe der Daten ist eine Voraussetzung für den Abschluss eines Vertrags, und die Nichtangabe dieser Daten führt dazu, dass der Vertrag nicht abgeschlossen und erfüllt werden kann und der Verwalter seinen gesetzlichen Verpflichtungen nicht nachkommen kann.

Soweit Sie in die Verarbeitung personenbezogener Daten einwilligen, ist die Angabe dieser Daten freiwillig, im Falle der Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten des Versicherten ist sie jedoch erforderlich, wenn Sie möchten, dass wir bei der Pflegekasse einen Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel stellen.

## Die Nutzung von personenbezogenen Daten

### für automatisierte Entscheidungsfindung, einschließlich Profiling

Ihre Daten werden weder zum Profiling noch zur Vornahme einer automatisierten Entscheidungsfindung verwendet.

# Ausfüllhilfe 1 Bestellformular

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

## 1a Bestellformular Seite 1

**1.1 Versicherte/r:** (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)  
 Frau  Herr  Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

**1.2 Angehörige/r:** (bzw. wichtige private Pflegeperson oder der/die Betreuer/in)  
 Frau  Herr  Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ Adresszusatz: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

**1.3 Pflegedienst:** (falls vorhanden)  
 Name des Pflegedienstes / der Sozialstation: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Partner-Nr.: \_\_\_\_\_

**1.4 Lieferung der Box an:**  
 dem Versicherten  den Angehörigen  dem Pflegedienst

**1.5 Ihre PROMEDICA Pflegebox**

**Zur Anschauung**

**Pflegebox 1**  
 Händedesinfektion 500 ml  
 Bettenschutzlagen (Einmalgebrauch) 25 Stk

**Pflegebox 2**  
 Desinfektionstücher 80 Stk  
 Flächendesinfektion 500 ml  
 OP-Masken 50 Stk  
 Handschuhe (Vinyl, Nitril, Latex) 100 Stk  
 Bettenschutzlagen (Einmalgebrauch) 25 Stk

**Pflegebox 3**  
 Schutzschürzen (waschbar) 1 Stk  
 Handschuhe (Vinyl, Nitril, Latex) 100 Stk  
 Flächendesinfektion 500 ml

**Meine individuelle PROMEDICA Pflegebox**  
 Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück: \_\_\_\_\_

**BEI UNS: Zusätzliche wiederverwendbare Bettenschutzlagen**  
 ohne zusätzliche Kosten  bis zu 300 mal waschbar

Handschuhgröße:  S  M  L  XL  XXL

Handschuhmaterial:  Vinyl  Nitril  Latex

PROMEDICA Pflegebox · Tel. +49 800 20022306 · Fax +49 201 85974714 · info@promedica-pflegebox.de · www.promedica-pflegebox.de · IK #46 05 244 89

## Bestellformular Seite 1

- 1.1 Versicherte/r:**  
Persönliche Daten des Versicherten
- 1.2 Angehörige/r**  
Persönliche Daten des Angehörigen bzw. der Pflegeperson
- 1.3 Pflegedienst**  
Information des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)
- 1.4 Lieferung**  
Empfänger der PROMEDICA Pflegebox ankreuzen
- 1.5 Wählen Sie Ihre PROMEDICA Pflegebox**  
Bitte wählen Sie Ihre gewünschte PROMEDICA Pflegebox. Später jederzeit per E-Mail, Post oder Telefon änderbar.  
**Einmalhandschuhe:** Bitte wählen Sie Ihre Handschuhgröße. Die Handschuhe werden standardmäßig in hochwertigem Vinyl geliefert.  
**Wiederverwendbare Bettenschutzlagen:** Bitte ankreuzen, wenn Sie zusätzlich kostenlose wiederverwendbare Bettenschutzlagen erhalten wollen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

## 1b Bestellformular Seite 2

**1.6 Beauftragung**  
 Hiermit beauftrage ich die PROMEDICA24 Care Support GmbH (Limbecker Platz 1, 45127 Essen, Tel. +49 800 20022306; eingetragen unter HRB 25205 beim Amtsgericht Essen, Geschäftsführer: Michal Paciorek) mit der Beauftragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragstellerin/LeistungsehrerIn meinen etwaigen Kostenersatzanspruch gem. § 39b BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die PROMEDICA24 Care Support GmbH ab. Die beigefügten AGB sind Bestandteil des Vertrages. Ich habe diese gelesen.

Ferner erteile ich die vollumfassende datenschutzrechtliche Einwilligung nach Maßgabe der nachfolgenden Punkte. Wahlweise einzeln ankreuzen:

Ich weiß, dass meine im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die PROMEDICA24 Care Support GmbH verarbeitet werden. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z. B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und habe für das Vorliegen der Vollmacht. Dieser Punkt muss zum Zustandekommen des Vertrags zugestimmt werden.

Ich willige ein, dass die Promedica24 Care Support GmbH, Essen oder eine mit Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, in Verbindung mit Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, meine Daten für Marketingzwecke an Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, weitergeben dürfen.

**Zur Anschauung**

Ich habe die Möglichkeit, die Einwilligung jederzeit durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Verantwortlichen (PROMEDICA24 Care Support GmbH) zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Grundlage der Einwilligung vor ihrem Widerruf vorgenommen wurde. Auch hat der Widerruf keine Auswirkung auf die Verarbeitung der zur Vertragsdurchführung notwendigen Daten, die wir von Ihnen erhalten haben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers: \_\_\_\_\_

PROMEDICA Pflegebox · Tel. +49 800 20022306 · Fax +49 201 85974714 · info@promedica-pflegebox.de · www.promedica-pflegebox.de · IK #46 05 244 89

## Bestellformular Seite 2

- 1.6 Erteilen Sie uns die datenschutzrechtliche Einwilligung.**

**Hinweis:** Datum und Unterschrift nicht vergessen

### Wichtig!

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene **Bestellformular 1 (zweiseitig)** sowie den **Antrag auf Kostenübernahme 2** zurück (bevorzugt per E-Mail).

Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme für Sie bei Ihrer Pflegekasse ein. Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere.

**per E-Mail:** info@promedica-pflegebox.de

**per Fax:** +49 201 85974714

**per Post:**

PROMEDICA24 Care Support GmbH  
 Limbecker Platz 1  
 45127 Essen



# Ausfüllhilfe 2 Antrag auf Kostenübernahme

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

## 2 Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

### 2.1 Versicherte/r:

Persönliche Daten des Versicherten

Flach \* Hier \* Vorname\* \* Nachname\*  
Straße\* Haus-Nr.\* Adresszusatz\*  
PLZ\* Ort\*  
E-Mail\* Telefon\* Geburtsdatum\*  
Krankenkasse\*  Gesetzlich  Privat  Pflegegrad  1  2  3  4  5

Krankenkasse: **A** Versicherten-Nr.: **B**

**Antrag auf Kostenübernahme:** Denken Sie an **Krankenkassen- und Versichertennummer.**  
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (bei Behinderteneintragung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

### 2.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Empfehlung: Kreuzen Sie alle Artikel an, die auch in Zukunft zu Ihrem Pflegebedarf passen, um so das Pflegepaket bei Bedarf einfach ändern zu können.

	Positionsnr.
<input checked="" type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel - keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input checked="" type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel - keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002
<input checked="" type="checkbox"/> Schutzschürze (Einmalgebrauch)	99.01.3001
<input checked="" type="checkbox"/> Schutzschürze (Wiederverwendbar)	99.01.3002
<input checked="" type="checkbox"/> Einmalhandschuh	99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/> Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch) - mindestens 60 x 90 cm	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/> Mundschutz (Einmalgebrauch) - Virus, 3-lagig	54.99.01.2001

### 2.3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Absatz einleiten  
Eigentanzteil von 10 u. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

PROMEDICA Pflegebox übernimmt Ihren Eigenanteil

### 2.4 Stückzahl wählen

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 cm, Saugleistung 3600 ml/m<sup>2</sup>, 90°C waschbar)

Stückzahl	Positionsnr.
<input type="checkbox"/> 1	51.40.01.41

Hiermit bestätige ich die PROMEDICA Care Support GmbH (PROMEDICA Pflegebox) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abholung hinsichtlich der Gesundheitsversorgung für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner aktuellen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die PROMEDICA Care Support GmbH, welche meine Daten zum Zweck der Leistungsabgrenzung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu verweigern. Ich behalte meine Pflegekasse von ihrer Leistungspflicht gegenüber der PROMEDICA Care Support GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte versichern Sie die PROMEDICA Care Support GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmeleistungen der Pflegekasse und stehe ich bei bereits vorhandenen Leistungsleistungen. Hiermit bestätige ich, dass die genannten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers \_\_\_\_\_

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (wird von der Pflegekasse ausgefüllt): **IK #46 05 244 89**

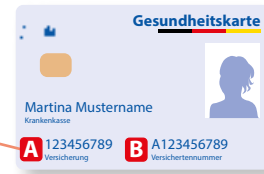
PG 54 bis 40, € monatlich  PG 51 ohne Ztg./Behindertengrad  PG 54 bis 20, € monatlich  PG 51 ohne Ztg.  PG 51 mit Ztg.  PG 51 mit Ztg./Behindertengrad

Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

PROMEDICA Pflegebox Tel. +49 800 20022306 · Fax +49 201 85974714 · info@promedica-pflegebox.de · www.promedica-pflegebox.de · IK #46 05 244 89

2.1

**Versicherte/r:**  
Persönliche Daten des Versicherten



2.2

### Pflegehilfsmittel

Auf dem Antrag zur Kostenübernahme sind bereits alle verfügbaren Pflegehilfsmittel ausgewählt. Dieses Vorgehen dient dazu, Ihnen bei Bedarf einen unkomplizierten Produktwechsel ermöglichen zu können – ohne den Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse erneut stellen zu müssen.

2.3

### Wiederverwendbare Bettschutzeinlage

Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen auf dem Bestellformular beantragt haben, bitte ankreuzen.

2.4

### Stückzahl

Kreuzen Sie außerdem an, wie viele dieser Bettschutzeinlagen Sie jährlich benötigen. PROMEDICA- Tipp: Wählen Sie 4 Bettschutzeinlagen, damit Sie diese häufiger wechseln können.

**Hinweis:** Datum und Unterschrift nicht vergessen

Der darunter befindliche **grüne Abschnitt** wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

## Wichtig!

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene **Bestellformular 1 (zweiseitig)** sowie den **Antrag auf Kostenübernahme 2** zurück (bevorzugt per E-Mail).

Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme für Sie bei Ihrer Pflegekasse ein. Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere.

**per E-Mail:** info@promedica-pflegebox.de

**per Fax:** +49 201 85974714

**per Post:**

PROMEDICA24 Care Support GmbH  
Limbecker Platz 1  
45127 Essen