

Anleitung – In zwei Schritten zur kostenlosen HYGIBOX

1. FORMULARE AUSFÜLLEN



Formular „Auswahl HYGIBOX“

- Gewünschte HYGIBOX auswählen
- Ausstattung festlegen
- Lieferinformationen angeben



Formular „Antrag auf Kostenübernahme“

- Patienteninformationen eintragen
- Produkte für den Pflegebedarf auswählen
- Unterschrift abgeben

2. FORMULARE ABSENDEN

Bitte senden Sie uns die ausgefüllten Formulare per



Fax: 02504 7089689



Mail: info@hygibox.de



Post: hygi.de GmbH & Co. KG, Otto-Diehls-Str.13-17, 48291 Telgte

Sobald wir Ihre Formulare erhalten haben, kümmern wir uns um die Kommunikation und Abwicklung mit der Pflegekasse und den Versand Ihrer HYGIBOX.

Auswahl der gewünschten HYGIBOX



1. EINE HYGIBOX AUSWÄHLEN

1 200 St. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
25 St. Bettstutzeinlagen

2 100 St. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 St. Mundschutz
100 St. Schutzschürzen

3 500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 St. Bettstutzeinlagen

4 100 St. Bettstutzeinlagen

5 300 St. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

6 100 St. Einmalhandschuhe
75 St. Bettstutzeinlagen

7 **Individuelle** HYGIBOX konfigurieren unter
www.hygibox.de/konfigurator

2. AUSSTATTUNG FESTLEGEN

Material der Einmalhandschuhe	Bevorzugte Marke der Desinfektionmittel**
Vinyl*	
Latex	
Nitril	
Größe der Einmalhandschuhe	
S M* L XL	

* Standardmaterial/-größe bei Nichtauswahl
** Auswahl anderer Marken möglich

3. LIEFERINFORMATIONEN ANGEBEN

Versicherte(r) Herr Frau

Name, Vorname

Auszufüllen wie Antragssteller Kostenübernahme

Pflegeperson Bitte hier die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

Name, Vorname Herr Frau

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Tel., E-Mail-Adresse

Pflegeperson ist Ehe-/Lebenspartner Tochter/Sohn Mutter/Vater
 anderer Verwandter Freund/Nachbar Ehrenamtliche(r) Andere

als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt nicht bevollmächtigt

Pflegedienst/Sozialstation Bitte immer ausfüllen

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Tel., E-Mail-Adresse

Lieferadresse Bitte immer ausfüllen


eigene Adresse Pflegeperson/Betreuung Pflegedienst

Die getroffene Auswahl der HYGIBOX ist nicht verpflichtend, sondern kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Hierfür werde ich meinen Änderungsbedarf rechtzeitig der hygi.de GmbH & Co. KG mitteilen. Die kostenlosen HYGIBOX Pakete werden für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme meiner Pflegekasse von der hygi.de GmbH & Co. KG geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die hygi.de GmbH & Co. KG die Lieferung beenden.

Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner HYGIBOX Pakete.

Ich bin in die Nutzung und den Gebrauch der Pflegehilfsmittel eingewiesen worden.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote.

Datum  Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme der HYGIBOX

.....
(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

.....
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- 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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- 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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer: HYGIBOX

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
hygi.de GmbH & Co.KG, Otto-Diehls-Str. 13-17, 48291 Telgte	330556898

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 und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 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)

Ausschneiden, Kleben, Porto sparen
Anträge kostenlos versenden



Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

hygi.de GmbH & Co. KG
Otto-Diehls-Str. 13-17
48291 Telgte

Senden Sie uns Ihre HYGIBOX-Anträge ganz einfach kostenfrei zu:

- Die Formulare „Auswahl HYGIBOX“ und „Antrag auf Kostenübernahme“ ausfüllen.
- Die Kuvertvorlage ausschneiden und auf einen Briefumschlag kleben.
- Den Umschlag inklusive aller Formulare abschicken - das Porto übernehmen wir für Sie!