



Was ist Deutschlands Pflegepaket und wer hat einen Anspruch darauf?

Deutschlands Pflegepaket beinhaltet die monatliche Lieferung von Pflegehilfsmitteln im Wert von bis zu 40 € / Monat an pflegebedürftige Menschen. Wir übernehmen für Sie den Prozess der Kostenübernahme-Freigabe durch die Pflegekasse. Alles was Sie hierfür tun müssen, ist dieses Formular auszufüllen und zu unterschreiben.

Einen **Anspruch auf Deutschlands Pflegepaket** hat jede pflegebedürftige Person, die folgende Voraussetzungen erfüllt:

- 1.) **Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 ist vorhanden**
- 2.) **der zu Pflegende wohnt zuhause oder in einer Wohngemeinschaft**
- 3.) **der zu Pflegende wird von einer privaten Person oder einem ambulanten Pflegedienst zuhause betreut.**

Ihr Pflegehilfsmittelsanspruch ist **unabhängig von der Höhe des Pflegegrades**.

Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel ist im §40 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI festgelegt und besagt, dass „Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln [haben], die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen [...]“.

Versicherte haben somit einen gesetzlichen Erstattungsanspruch auf Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40 € pro Monat.



Der Ablauf Ihrer Bestellung:



* Dies dauert je nach Pflegekasse zwischen 1 - 4 Wochen.



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

1) Bitte wählen Sie ihre Version des Pflegepaketes* (nur eine Box wählbar, monatlicher Wechsel entsprechend der AGB möglich)

Auszug unserer meistgewählten Pakete.

	<input type="radio"/>							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stk.	-	50 Stk.	100 Stk.				
Einmalhandschuhe	200 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	-	100 Stk.	300 Stk.	500 Stk.	300 Stk.
Händedesinfektionsmittel	500 ml	500 ml	500 ml	-	500 ml	500 ml	-	2 x 500 ml
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	500 ml	500 ml	-	500 ml	500 ml	-	-
Mundschutz (3-lagig)	-	50 Stk.	-	-	-	-	-	-
FFP2-Masken	-	-	-	-	20 Stk.	-	-	-

In welcher Größe dürfen wir die Einmalhandschuhe liefern? S M L XL

Aus welchem Material sollen die Einmalhandschuhe sein? Vinyl Nitril

Bettschutzeinlagen (waschbar, 2 Stück) gewünscht? Ja Nein

2) An wen soll die monatliche Lieferung des Pflegepaketes erfolgen? (Lieferanschrift)

An den Versicherten Abweichende Lieferadresse

Firma (Pflegedienst, Wohnungen, etc.): _____

Vorname*: _____ Nachname*: _____

Straße Nr.*: _____ PLZ / Ort*: _____

Telefon*: _____ E-Mail: _____

Ich beauftrage hiermit die boncura GmbH & Co. KG, Lise-Meitner-Str. 1, 33803 Steinhagen mit der fortlaufenden Belieferung und Abrechnung der Kosten direkt mit meiner gesetzlichen Pflegekasse. Hiermit akzeptiere ich die Nutzungsbedingungen (AGBs) und Datenschutzerklärung von Deutschlands Pflegepaket.de, die sie unter www.deutschlands-pflegepaket.de einsehen können.

Ich habe die Möglichkeit das gewünschte Paket monatlich zu ändern (bis zum 20. des Monats), zu pausieren oder jederzeit mit einer Frist von 14 Tagen zum Monatsende zu kündigen; hierzu reicht ein Anruf oder eine kurze E-Mail.



boncura GmbH & Co. KG, Lise-Meitner-Str. 1, 33803 Steinhagen, IK: 330571045

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß
§ 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI
Bitte zusammen mit Seite 1 zurückschicken!

3) Versicherte/r (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname*:	_____	Nachname*:	_____
Straße Nr.*:	_____	PLZ / Ort*:	_____
Geburtsdatum*:	_____	Pflegegrad*:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Telefon*:	_____	E-Mail:	_____
Privatversichert?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Krankenkasse*:	_____	Versicherten-Nr.*:	_____

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes II 2017 Ihren Pflegegrad angeben. Nur bei bestehendem Pflegegrad werden die Kosten von Ihrer Pflegekasse übernommen.

4) Antrag auf Kostenübernahme

- Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40,00 € pro Monat.
- Ich werde zur Zeit nicht anderweitig mit diesen Produkten versorgt.

Artikel	Menge	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch)	25 Stk.	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stk.	54.99.01.0001
Händedesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0002
Medizinischer Mundschutz (3-lagig)	20 Stk.	54.99.01.2001
FFP2-Maske	20 Stk.	54.99.01.5001
<input type="radio"/> Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt. Bettschutzeinlagen (PG 51, waschbar)	2 Stk.	51.40.01.4018

Ich beauftrage die boncura GmbH & Co. KG mit der fortlaufenden Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die boncura GmbH & Co. KG, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Hiermit trete ich als Antragssteller / Leistungnehmer gemäß § 398 BGB an die boncura GmbH & Co. KG, Lise-Meitner-Str. 1, 33803 Steinhagen, meinen Kostenerstattungsanspruch nach Bewilligung des Pflegepaketes gegenüber der Pflegekasse ab. boncura nimmt die Abtretung hiermit an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt.

5) Unterschreiben

Datum/Ort*: _____

Unterschrift*: _____
Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 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/Ort: _____

Unterschrift: _____
IK der Pflegekasse / Stempel



deutschlands- pflegepaket.de

Ein Angebot von **boncura**
market

Wir möchten Ihnen den Rückversand so einfach wie möglich machen

1. Entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden
2. Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben
3. **Beide** Formulare ausgefüllt und unterschrieben in den Umschlag stecken
4. Den Briefumschlag müssen Sie jetzt nur noch in den Briefkasten werfen.
Das Porto übernehmen wir für Sie!

**deutschlands-
pflegepaket.de** Ihr Angebot von **boncura**
Seite 1 von 2

Ihre kostenlose Bestellung
Ihr Auftrag zur Pflegeübernahme gemäß §18 Abs.1 S.1 Nr.1 SGB XI
Ihr Auftrag zur Pflegeübernahme gemäß §18 Abs.1 S.1 Nr.2 SGB XI

Versicherten/ (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)
Vorname: Nachname:

At was soll die monatliche Leistung erfolgen?
Art der Pflegeleistungen, Wohngruppen, etc.:

Vorname: Nachname:
Geburtsdatum:

Bitte wählen Sie Ihre Version des Pflegepakets! (Nur eine Box wählen, ansonsten Nicht möglich)
Angebotene Pflegeleistungen:

Ständige Betreuung (24h/7d)	31,25 €	30,75 €	30,25 €	29,75 €	29,25 €	28,75 €	28,25 €	27,75 €	27,25 €
Erstfachbetreuung	20,75 €	20,25 €	19,75 €	19,25 €	18,75 €	18,25 €	17,75 €	17,25 €	16,75 €
Wohngruppenbetreuung	16,25 €	15,75 €	15,25 €	14,75 €	14,25 €	13,75 €	13,25 €	12,75 €	12,25 €
Pflegeübernahme Einzel	12,75 €	12,25 €	11,75 €	11,25 €	10,75 €	10,25 €	9,75 €	9,25 €	8,75 €
Mehrwahl	6,75 €	6,25 €	5,75 €	5,25 €	4,75 €	4,25 €	3,75 €	3,25 €	2,75 €
Energieleistungen	1,75 €	1,25 €	0,75 €	0,25 €	-	-	-	-	-

Abkürzungen: S = Ständige Betreuung, M = Erstfachbetreuung, E = Wohngruppenbetreuung, K = Pflegeübernahme Einzel, A = Mehrwahl, L = Energieleistungen

Abkürzungen / Nutzungshinweise: (Bitte beachten!)
 - Die Leistungen sind nur für die Dauer der Pflegeübernahme zu leisten.
 - Die Leistungen sind nur für die Dauer der Pflegeübernahme zu leisten.
 - Die Leistungen sind nur für die Dauer der Pflegeübernahme zu leisten.

**deutschlands-
pflegepaket.de** Ihr Angebot von **boncura**
Seite 2 von 2

Ihr Antrag auf Kostenübernahme
Ihr Auftrag zur Pflegeübernahme gemäß §18 Abs.1 S.1 Nr.1 SGB XI
Ihr Auftrag zur Pflegeübernahme gemäß §18 Abs.1 S.1 Nr.2 SGB XI

Versicherten/ (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)
Vorname: Nachname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Postleitzahl:
Krankenkasse:

Antrag auf Kostenübernahme
Ich beantrage die Kostenübernahme für meine oben beschriebene Pflegeübernahme (S/M/E/K/A/L) gemäß §18 Abs.1 S.1 Nr.1 SGB XI.
Soll der Voraussetzungen für die Kostenübernahme für die Pflegeübernahme der Pflegeleistungen (S/M/E/K/A/L) nach §18 Abs.1 S.1 Nr.1 SGB XI.

Art der Leistung	Wohngruppe	Pflegeleistungen
Ständige Betreuung (24h/7d)	31,25 €	30,75 €
Erstfachbetreuung	20,75 €	20,25 €
Wohngruppenbetreuung	16,25 €	15,75 €
Mehrwahl	6,75 €	6,25 €
Energieleistungen	1,75 €	1,25 €

Abkürzungen: S = Ständige Betreuung, M = Erstfachbetreuung, E = Wohngruppenbetreuung, K = Pflegeübernahme Einzel, A = Mehrwahl, L = Energieleistungen

**deutschlands-
pflegepaket.de** Ihr Angebot von **boncura**

Antwort
boncura GmbH & Co. KG
- Deutschlands Pflegepaket -
Lise-Meitner-Str. 1
33803 Steinhagen

Porto bezahlt Empfänger

Selbstverständlich können Sie uns die Formulare auch per Fax oder E-Mail senden.
 Fax: 05204 / 989170
 E-Mail: info@deutschlands-pflegepaket.de



Porto
bezahlt
Empfänger

Deutsche Post Werbeantwort

boncura GmbH & Co. KG
- Deutschlands Pflegepaket -
Lise-Meitner-Str. 1
33803 Steinhagen

