

SIE HABEN EINEN PFLEGEGRAD?

So einfach erhalten Sie Ihre kostenlose berrybox bequem monatlich geliefert.

Wir versorgen Sie, damit Sie eine Sorge weniger haben.

- 1 Füllen Sie die **drei** Formularseiten aus.
- 2 Senden Sie uns die Formularseiten unterschrieben zurück, bequem per E-Mail, per Fax oder portofrei per Post.
 service@berrybox.de  030 - 75511101
 KRIEGER Patientenversorgung GmbH
Kitzingstraße 15-19
12277 Berlin
- 3 Fertig! Wir kümmern uns um alles Weitere. Nach maximal vier Wochen erhalten Sie Ihre erste kostenfreie berrybox.



JETZT NEU

Desinfektionstücher
In der individuellen Box erhältlich.



Haben Sie noch Fragen?

Wir beraten Sie gern.

030 - 75511155

Aus diesen kostenfreien Pflegehilfsmitteln können Sie wählen:



Händedesinfektion



Flächendesinfektion



Bettwäsche



Mundschutz



FFP2-Masken



Einmalhandschuhe



Schutzschürzen



Desinfektionstücher

Mit herzlichen Grüßen

Ihr berrybox -Team

Allgemeine Geschäftsbedingungen für die Leistungen der berrybox

1. Allgemeines

Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen der KRIEGER Patientenversorgung GmbH, Kitzingstr. 15-19, 12277 Berlin - Mariendorf, Tel.: +49 30 75511-155, Fax: +49 30 75511-101, E-Mail: berrybox@krieger-gesundheit.de (nachfolgend „Anbieter“), gelten für alle Verträge zwischen dem Besteller des Produktes berrybox und dem Anbieter im Zusammenhang mit der Lieferung des Produktes berrybox, sowie weiterer mit dem berrybox Angebot zusammenhängender Leistungen des Anbieters in ihrer zum Zeitpunkt der Beauftragung gültigen Fassung. Abweichende Bedingungen werden nicht anerkannt, es sei denn, der Anbieter stimmt ihrer Geltung vorher ausdrücklich schriftlich zu.

2. Leistungen der berrybox und berrybox Service

2.1 Das Leistungsangebot der berrybox umfasst die Versorgung des Bestellers mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch durch den Anbieter sowie auf Anforderung des Bestellers auch die entsprechende Beauftragung / Abwicklung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse des Bestellers (nachfolgend gemeinsam bezeichnet als „berrybox Service“). Das Leistungsangebot richtet sich hauptsächlich an pflegebedürftige Verbraucher, die einen Pflegegrad erhalten haben und zu Hause oder in einer Wohngruppe o.Ä. gepflegt werden, sowie an deren pflegende Angehörige oder gesetzliche Vertreter. Der Besteller wird mit einer von ihm ausgewählten Zusammenstellung an erstattungsfähigen Pflegehilfsmitteln beliefert. Die gewählte Zusammenstellung sowie der gewählte Belieferungszeitraum können von dem Besteller innerhalb einer Frist von 14 Tagen vor Aussendung der jeweils neuen Lieferung angepasst werden. Wählt der Besteller die Lieferung der berrybox mit berrybox Service, d.h. mit der Beauftragung des Anbieters zur Antragstellung an die Pflegekasse des Bestellers, so setzt dies die Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs, welcher dem Besteller gegenüber der Pflegekasse für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zusteht, an den Anbieter voraus.

2.2 Der Anbieter ist berechtigt, für das unter 2.1. genannte Angebot Dritte als Dienstleister und Erfüllungsgehilfen mit der Erbringung von Teilen oder des ganzen Leistungsspektrums zu beauftragen.

3. Auftragserteilung / Bevollmächtigung / Abtretungserklärung

3.1 Der Besteller sendet dem Anbieter bzgl. der Lieferung der berrybox ein Bestellformular als Ausdruck oder per E-Mail/Fax oder digital über das online Portal (berrybox.de) zu. Die Übersendung des Bestellformulars stellt ein Angebot an den Anbieter zum Abschluss eines Kaufvertrages dar. Nach Eingang des Formulars sendet der Anbieter i.d.R. eine Bestellbestätigung über den Eingang der Bestellung an den Besteller, wobei diese Bestellbestätigung lediglich den Empfang der Bestellung bestätigt, sie stellt keine Annahme der Bestellung dar. Ein Kaufvertrag kommt zustande durch Versand einer separaten Versandbestätigung per E-Mail oder durch Auslieferung der Ware ohne schriftliche Bestätigung i.d.R. innerhalb von 14 Tagen. **3.2** Für den berrybox Service sendet der Besteller einen Kostenübernahmeantrag an den Anbieter, welcher anschließend durch den Anbieter bearbeitet und an die Pflegekasse des Bestellers weitergeleitet wird. Dieser Kostenübernahmeantrag enthält auch eine Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs des Bestellers gegenüber seiner Pflegekasse an den Anbieter sowie die Beauftragung des Anbieters für die Beauftragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Mit seiner Unterschrift auf dem Kostenübernahmeantrag erklärt der Besteller bzw. dessen gesetzlicher Vertreter die Zustimmung, dass der Anbieter für die Antragsstellung und -abwicklung der Pflegeleistungen im Namen des Bestellers bevollmächtigt ist. **3.3** Sobald der Anbieter die vollständig ausgefüllten Formulare erhalten hat, leitet der Anbieter den Kostenübernahmeantrag an die zuständige(n) Pflegekasse(n) weiter. Nach Antragstellung prüft die Pflegekasse, ob ein Anspruch des Bestellers auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln besteht. Liegen die Voraussetzungen hierfür vor, wird die Leistung durch die Pflegekasse bewilligt. Der Besteller wird über diesen Schritt entweder gesondert von dem Anbieter informiert oder er erhält direkt die gewünschte Zusammenstellung der berrybox. Die Bewilligung der Leistungen kann durch die Pflegekassen auch befristet werden. Bei befristeten Bewilligungen muss der Besteller nach Ablauf eines erneuten Antrags bzgl. des berrybox Services übersenden. Sollte dem Besteller nach Mitteilung seiner Pflegekasse überhaupt kein Anspruch auf die Versorgung von Pflegehilfsmitteln zustehen, wird der Besteller i.d.R. von dem Anbieter informiert, dass die Beauftragung des Anbieters für die Leistungen der berrybox abgelehnt wird. Der Besteller kann dann entscheiden, ob er die berrybox ohne Kostenerstattung bestellt, die Bestellung storniert oder Widerspruch gegen die Entscheidung seiner Pflegekasse einlegen möchte. Der Anbieter behält sich Kostenerstattungs- und Schadenersatzansprüche hinsichtlich gelieferter und nicht bezahlter Produkte vor.

4. Lieferung der Pflegehilfsmittel / Abrechnung

4.1 Der Anbieter liefert an den Besteller oder an die von ihm bestimmten Dritten (z.B. Angehörige) die ausgewählte Zusammenstellung der Pflegehilfsmittel monatlich oder in anderweitig vereinbarten Zeitabständen. Wurde der berrybox Service in Anspruch genommen und die Kostenerstattung bewilligt, so erfolgt die Lieferung versandkostenfrei und die Abrechnung der Lieferung erfolgt durch den Anbieter bei gesetzlich versicherten Bestellern direkt mit der Pflegekasse des Bestellers. **4.2** Erlischt der Anspruch auf die Kostenübernahme wird der Besteller den Anbieter unmittelbar in Kenntnis setzen. Dem Anbieter steht dann ein außerordentliches Kündigungsrecht zu. Kostenerstattungsansprüche des Anbieters bzgl. gelieferter, aber nicht erstatteter Produkte bleiben unberührt.

5. Kündigung

Das Vertragsverhältnis für die Leistungen der berrybox von beiden Seiten jederzeit mit einer Frist von 14 Tagen zum Kalendermonatsende gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Die Kündigung hat schriftlich oder in Textform per Brief, Fax oder E-Mail zu erfolgen.

6. Mängel bei gelieferter Ware

6.1 Alle Angaben in den Inhalten der berrybox 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 den Besteller zumutbar sind. **6.2** Liefert der Anbieter die Ware nicht in der üblichen Beschaffenheit, hat ihn der Besteller hierüber unverzüglich zu informieren. Der Anbieter hat in diesem Fall innerhalb von 28 Tagen ab Mitteilung des Mangels die Ersatzware nachzuliefern. Der Anbieter kann die Nacherfüllung verweigern, wenn sie nur zu unverhältnismäßigen Kosten möglich ist. Der Anbieter ist berechtigt mindestens zwei Nacherfüllungsversuche vorzunehmen. Nach zwei gescheiterten Versuchen der Nacherfüllung oder einer nicht erfolgten Nacherfüllung kann der Kunde von dem Vertrag zurücktreten oder unter den gesetzlichen Voraussetzungen Schadensersatz oder Ersatz vergeblicher Aufwendungen verlangen.

7. Widerrufsrecht für Verbraucher

(Verbraucher ist jede natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu Zwecken abschließt, die überwiegend weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbstständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden können.)

7.1 Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag,

(a) an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die Waren in Besitz genommen haben bzw. hat, sofern Sie eine oder mehrere Waren im Rahmen einer einheitlichen Bestellung bestellt haben und diese einheitlich geliefert wird bzw. werden; (b) an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die letzte Ware in Besitz genommen haben bzw. hat, sofern Sie mehrere Waren im Rahmen einer einheitlichen Bestellung bestellt haben und diese getrennt geliefert werden; (c) an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die letzte Teilsendung oder das letzte Stück in Besitz genommen haben bzw. hat, sofern Sie eine Ware bestellt haben, die in mehreren Teilsendungen oder Stücken geliefert wird; Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (KRIEGER Patientenversorgung GmbH, Kitzingstr. 15-19, 12277 Berlin - Mariendorf, Tel.: +49 30 75511-155, Fax: +49 30 75511-100, E-Mail: berrybox@krieger-gesundheit.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. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Muster-Widerrufsformular

– An KRIEGER Patientenversorgung GmbH:

– Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung: berrybox Service.

– Bestellt am (*)/erhalten am (*)

– Name des/der Verbraucher(s)

– Anschrift des/der Verbraucher(s)

– Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

– Datum _____ (*)

Unzutreffendes streichen.

7.2 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 14 Tagen ab dem Tag zurückzahlen, 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 Vertrags unterrichten, an uns zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von 14 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.

7.3 Ausschluss- bzw. Erlöschensgründe

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen

(a) 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) zur Lieferung von Waren, die schnell verderben können oder deren Verfallsdatum schnell überschritten würde; (c) zur Lieferung alkoholischer Getränke, deren Preis bei Vertragsschluss vereinbart wurde, die aber frühestens 30 Tage nach Vertragsschluss geliefert werden können und deren aktueller Wert von Schwankungen auf dem Markt abhängt, auf die der Unternehmer keinen Einfluss hat; (d) zur Lieferung von Zeitungen, Zeitschriften oder Illustrierten mit Ausnahme von Abonnement-Verträgen.

Das Widerrufsrecht erlischt vorzeitig bei Verträgen; (e) 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; (f) zur Lieferung von Waren, wenn diese nach der Lieferung aufgrund ihrer Beschaffenheit untrennbar mit anderen Gütern vermischt wurden; (g) zur Lieferung von Ton- oder Videoaufnahmen oder Computersoftware in einer versiegelten Packung, wenn die Versiegelung nach der Lieferung entfernt wurde.

8. Haftung

8.1 Der Anbieter haftet auf Schadensersatz – gleich aus welchem Rechtsgrund – nur bei Vorsatz, grober Fahrlässigkeit und leicht fahrlässiger Verletzung wesentlicher Vertragspflichten (Kardinalpflichten). Wesentliche Vertragspflichten sind solche, deren Erfüllung zur Erreichung des Ziels des Vertrags notwendig ist. **8.2** Bei leicht fahrlässiger Verletzung wesentlicher Vertragspflichten ist die Haftung des Anbieters begrenzt auf den Ersatz des vertragstypischen, vorhersehbaren Schadens. Insbesondere mittelbare Schäden werden nicht ersetzt. **8.3** Die vorstehenden Haftungsbeschränkungen gelten auch zugunsten der gesetzlichen Vertreter und Erfüllungsgehilfen des Anbieters. **8.4** Die vorstehenden Haftungsbeschränkungen gelten nicht für schuldhaft verursachte Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit. Die Vorschriften des Produkthaftungsgesetzes bleiben unberührt.

9. Schlussvereinbarung

9.1 Mit der Einsetzung des Bestellformulars willigt der Besteller ein, dass seine personenbezogenen Daten und ebenfalls Gesundheitsdaten (sofern zur Auftragsbearbeitung erforderlich) von dem Anbieter zum Zwecke der Erbringung des gewünschten berrybox Leistungsangebotes und zugehörigen Information erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Dies erfolgt sowohl durch den Anbieter als Verantwortlichen selbst, als auch durch Dritte, denen die Daten weitergegeben werden (z.B. die Krankenkasse des Bestellers, Versanddienstleister). Weitere Informationen kann der Besteller jederzeit in den Datenschutzhinweisen des Anbieters einsehen <https://www.berrybox.de/datenschutz>. Der Besteller kann der Verarbeitung seiner Daten jederzeit widersprechen, z.B. mit einer E-Mail an berrybox@krieger-gesundheit.de. **9.2** Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Geschäftsbedingungen bedürfen der Textform. Das gilt auch für einen Verzicht auf dieses Formerfordernis. **9.3** Der Vertrag unterliegt deutschem Recht. **9.4** Als Gerichtsstand wird, soweit zulässig, Berlin vereinbart.

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

1. Angaben zum Versicherten:

Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Haus-Nr*:		Adresszusatz:
PLZ*:	Ort*:	
Kunden-Nr.:	Geburtsdatum*:	

2. Angaben zum Hauptansprechpartner: Wen dürfen wir bei Fragen kontaktieren?

ODER

a) <input type="checkbox"/> Versicherte/r:	E-Mail:	Telefon*:
b) <input type="checkbox"/> Abweichend:	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	
	Vorname*:	Nachname*:
	E-Mail:	Telefon*:
	Firma:	Partnernummer*: <small>(falls vorhanden)</small>

3. Angaben zur Lieferanschrift: An wen soll die Lieferung erfolgen?

ODER

a) <input type="checkbox"/> An Versicherte/r		
b) <input type="checkbox"/> An abweichenden Ansprechpartner:		
Straße, Haus-Nr*:		Adresszusatz:
PLZ*:	Ort*:	

4. Angaben zum Versicherungsstatus: Sind Sie gesetzlich oder privat versichert?

ODER

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

a) <input type="checkbox"/> Gesetzlich		
Versicherten-Nr*:	Kenn-Nr. Pflegekasse*:	
b) <input type="checkbox"/> Privat		

5. Beihilfeberechtigung: Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja **Nein** (Beihilfeberechtigt sind Beamte und bestimmte andere Berufsgruppen, wie z.B. Richter und Soldaten, die privat versichert sind.)

Hiermit beauftrage ich die KRIEGER Patientenversorgung GmbH (Kitzingstraße 15-19, 12277 Berlin – Mariendorf, Tel: +49 30 75511155; Handelsregister-Nr.: HRB 24 240 Berlin-Charlottenburg; Geschäftsführer: Björn Besse, Jochen Meyer-Dönselmann im Sande, Katrin Grallert, Thomas Göderitz) mit der Beauftragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als AntragsstellerIn / LeistungsnehmerIn meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gem. § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die KRIEGER Patientenversorgung GmbH ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die KRIEGER Patientenversorgung GmbH zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzhinweise (einzusehen: <https://www.krieger-care.de/datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an service@berrybox.de) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB der berrybox und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzusehen beiliegende AGB). 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 kann der KRIEGER Patientenversorgung GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

		AKTIONSCODE
Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters	Haben Sie einen Aktionscode?

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

_____	_____	_____	_____
Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Versichertennummer
_____	_____	_____	_____
Straße	PLZ	Wohnort	Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/ Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/>	bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/>	
Flächendesinfektionsmitteltücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/>	

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<input type="text"/>	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
KRIEGER Patientenversorgung GmbH Kitzingstraße 15-19 12277 Berlin	5 9 1 1 0 0 0 6 9

- 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) beraten.

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

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 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)