

1

AUSWAHL PFLEGEBOX

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: _____	Name: _____
	Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.) _____	E-Mail: _____
Pflegegrad: (Bitte dringend angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert* <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert <small>*Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten der PflegeBox bei Ihrer Pflegekasse selbst.</small>		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet) <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)		

Angehörige(r)/Pflegeperson

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

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: _____	Name: _____
Straße/Nr.: _____		PLZ/Ort: _____
Telefon: _____		E-Mail: _____
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in) Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		


Pflegedienst, wenn vorhanden

Nennen Sie uns bitte den betreuenden Pflegedienst (freiwillige Angabe)

Name Pflegedienst: _____	
Straße/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	Ansprechpartner: _____

Auswahl PflegeBox

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte PflegeBox an

<input type="checkbox"/>  25 Bettwäscheeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (kurz)	<input type="checkbox"/>  100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (lang)	<input type="checkbox"/>  50 Bettwäscheeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion
<input type="checkbox"/>  75 Bettwäscheeinlagen 100 Schutzschürzen (kurz)	<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (kurz)	<input type="checkbox"/>  50 Bettwäscheeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		

Finden Sie keine passende PflegeBox? Kontaktieren Sie unseren Partner und sie stellen Ihnen Ihre individuelle PflegeBox zusammen!

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der PflegeBox soll bitte erfolgen: an

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson an den Pflegedienst

Rechnungsempfänger

Pflegeperson ist privat versichert und/oder beihilfeberechtigt. Die Rechnung soll bitte gestellt werden an:

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) die/den Angehörige(n)/Pflegeperson

Ich habe Interesse an weiteren Pflegehilfsmitteln oder Produkten und möchte Informationen über die von mir oben angegebenen Kommunikationswege (z.B. Post, E-Mail, Telefon) erhalten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Kontaktdaten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die LIBIFY Technologies GmbH oder die CommitMed GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen. Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie in den beiliegenden Datenschutzhinweisen.

X

Unterschrift Versicherte(r)

und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

HINWEIS:

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.



2

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input checked="" type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.30 01
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.30 02
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4 _ _ _

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: CommitMed GmbH / PflegeBox Joachimsthaler Str. 31 – 32, D-10719 Berlin	Institutionskennzeichen: IK 331105769
--	--

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

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis € 40 monatlich
 PG 54 bis € 20 monatlich
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

SO EINFACH KOMMEN SIE AN IHRE PFLEGEBOX



1 Antrag herunterladen und ausfüllen



2 Antrag an uns absenden



3 Wir erledigen alle Formalitäten



4 PflegeBox kostenlos zugeschickt bekommen



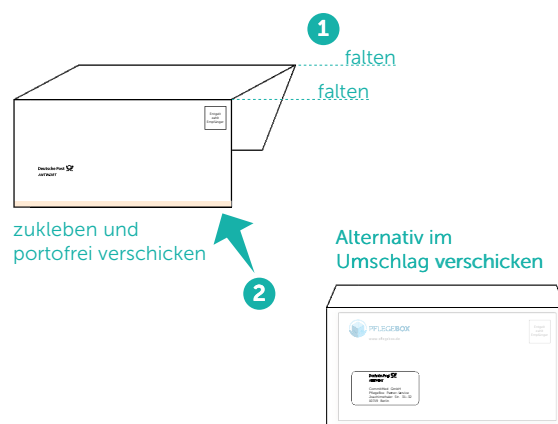
bitte hier falten

nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben

Bringen Sie den Klebestreifen auf der orange schraffierten Fläche an und legen Sie ihn um die Kante, damit Ihre Daten sicher bei uns ankommen.

DEN VERSAND IHRES ANTRAGES ÜBERNEHMEN WIR GERNE FÜR SIE! NUTZEN SIE DAFÜR EINFACH DIESEN FALTBAREN RÜCKUMSCHLAG. SO GEHT'S:

- 1** Falten Sie dieses Blatt entlang der gestrichelten Linien. Möchten Sie uns mehrere Seiten senden, legen Sie diese einfach mit ein.
- 2** Nun kleben Sie die gefalteten Blätter an der orange schraffierten Fläche mit einem Klebestreifen zu – fertig ist der Rückumschlag, den Sie nun portofrei an uns zurücksenden können.
- 3** Alternativ können Sie den Antrag auch in einem frankierten Umschlag an uns versenden.



bitte hier falten

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

LIBIFY Technologies GmbH
Rüdesheimer Str. 11
80686 München

DATENSCHUTZHINWEISE

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

der Schutz Ihrer Privatsphäre liegt uns und unserem Partner CommitMed sehr am Herzen. Wie Sie vielleicht schon wissen, trat am 25.05.2018 die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Kraft. Diese sorgt für mehr Transparenz bei der Verarbeitung, Nutzung, Aufbewahrung und Löschung Ihrer persönlichen Daten.

Diese Gelegenheit wollen wir zum Anlass nehmen, um Ihnen die beiliegenden Hinweise zum Datenschutz der CommitMed GmbH zur Verfügung zu stellen. Sollten Sie Rückfragen dazu haben, steht Ihnen unser Partner selbstverständlich sehr gerne zur Verfügung und wir bedanken uns an dieser Stelle auch im Name unseres Partners CommitMed noch einmal ganz ausdrücklich für das von Ihnen entgegengebrachte Vertrauen.

1. Einführung

Im Zusammenhang mit der Lieferung unserer Produkte (PflegeBox, erstattungsfähige Produkte, Inkontinenzversorgung oder PflegeShop-Produkte) werden wir Ihre personenbezogenen Daten sammeln und verarbeiten. Personenbezogene Daten sind dabei sämtliche Informationen, die einen direkten oder indirekten Bezug zu Ihrer Person aufweisen, wozu Ihre Vertragsdaten, einschließlich Ihrer Kontakt- und Abrechnungsdaten gehören. Um Ihnen eine transparente Übersicht darüber zu verschaffen, wie wir Ihre Informationen sammeln, mit wem wir diese teilen und die Art wie wir sie benutzen, haben wir Ihnen hierzu die folgende Zusammenfassung bereitgestellt.

2. Wer ist für das Sammeln und Verwenden Ihrer Informationen verantwortlich?

Die CommitMed GmbH ist als Ihr Vertragspartner für das Sammeln und Verarbeiten Ihrer personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich verantwortlich.

3. Welche Arten an Informationen sammeln wir?

Wir sammeln Daten, die im Zusammenhang mit der Durchführung Ihres Vertrages erforderlich sind oder solche, die Sie uns für Zwecke der Werbung oder der Weiterleitung an Dritte im Rahmen Ihrer Interessen und mit Ihrer Einwilligung zur Verfügung stellen. Dabei werden ausschließlich solche Informationen gesammelt und verarbeitet, die hierfür auch notwendig sind. Dazu gehören Ihre Vertragsdaten, einschließlich Ihrer Kontakt- und Abrechnungsdaten sowie Ihre Bestellhistorie.

4. Wie werden Ihre Informationen gesammelt?

Wir erhalten Ihre Informationen, indem Sie uns diese über den ausgefüllten Antrag zur Verfügung stellen oder indem Sie uns eine Anfrage über eine unserer Webpräsenzen stellen. Zu unseren Webpräsenzen gehören die Seiten www.daspflegeportal.de, www.pflegebox.de, www.pflegeshop.de.

5. Zu welchen Zwecken verwenden wir diese Informationen?

a. Erfüllung und Durchführung des Vertrages mit Ihnen

Wir sammeln und verarbeiten Ihre Daten, um unsere Verpflichtungen aus dem Vertrag mit Ihnen zu erfüllen, was auf der Grundlage des Artikels 6 (1) b) DS-GVO erfolgt. Dazu gehören die Durchführung Ihrer Bestellungen, die Zusendung der Produkte, die Abrechnung der Leistungen, die Erstellung und der Versand von Rechnungen, sowie die dafür notwendige Kommunikation mit Ihnen.

Zur Durchführung des Vertrages leiten wir Ihre Daten auch an ausgewählte und vertraglich gebundene Dienstleister weiter, die uns bei der Durchführung und der Erfüllung des Vertrages unterstützen. Dazu gehören z.B. Pflegekassen oder Versanddienstleister. Weitere Angaben dazu, mit wem wir Ihre Daten teilen, finden Sie unter Ziffer 6. dieser Datenschutzhinweise. Die Bereitstellung Ihrer Informationen zu den hier genannten Zwecken ist für den Vertragsabschluss erforderlich. Sollten Sie uns diese nicht zur Verfügung stellen, kann der Vertrag von uns ganz oder zum Teil nicht erfüllt werden.

b. Werbung

Auch sammeln und verwenden wir Ihre Daten zu Zwecken der Werbung, was auf der Grundlage von Artikel 6 (1) a) DS-GVO erfolgt. Darin möchten wir Sie über Angebote zu Pflegeprodukten, -hilfsmitteln und Dienstleistungen informieren. Wir sammeln und verwenden Ihre Daten zu diesen Zwecken nur, nachdem Sie uns hierzu ausdrücklich Ihre Einwilligung erteilt haben. Für unsere Werbemaßnahmen setzen wir im Einzelfall auch Dritte ein, die uns bei der Erstellung und dem Versand der Werbung unterstützen. Weitere Angaben dazu, mit wem wir Ihre Daten teilen, finden Sie unter Ziffer 6. dieser Datenschutzhinweise.

6. Mit wem und wie werden Ihre Informationen geteilt?

Die CommitMed GmbH lagert bestimmte Prozesse und Aufgaben an Dienstleister aus, um die Handhabung komplexer Themen zu gewährleisten, die besondere Kenntnisse erfordern oder nicht intern übernommen werden können oder um den Vertrag mit Ihnen erfüllen zu können, wie z.B. Versanddienstleister, Pflegekassen usw.. Deshalb werden wir Ihre Daten aus diesen Gründen oder aufgrund Ihrer Wünsche oder Anforderungen an folgende Dritte weiterleiten:

- Für Zwecke der Erfüllung und der Durchführung des Vertrages an: Ihre Pflegekasse/Krankenkasse, Deutsche Post AG, Fiege Health Care Logistics GmbH und unsere Steuerberatungsgesellschaft.
- Je nach Ihren persönlichen Anforderungen und Wünschen und mit Ihrer Einwilligung werden wir Ihre Informationen auch an andere Unternehmen weiterleiten. Dazu gehören insbesondere solche Situationen, in denen Sie sich für einen oder mehrere unserer Kooperationspartner interessieren und uns dies mitteilen. In solchen Fällen werden wir Ihre Daten auch an die von Ihnen ausgewählten Kooperationspartner weiterleiten, z.B. an die Fa. Thyssen/Krupp, wenn Sie sich für Treppenlifte interessieren sollten.

CommitMed GmbH
Joachimsthaler Str. 31– 32
10719 Berlin

T 030 - 609 84 13 23
F 030 - 609 84 13 24
E info@commitmed.de
Berliner Volksbank
BIC: BEVODE33
IBAN:DE31100900002703392000

IK 331105769
Sitz der Gesellschaft: Berlin
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 143854 B

Geschäftsführung:
Selma Oppermann

Dabei werden wir nur solche Informationen an die Unternehmen weiterleiten, die für die jeweilige Dienstleistung notwendig sind. Darüber hinausgehende Informationen werden an die Unternehmen nicht übermittelt.

Auch im Rahmen der Weiterleitung Ihrer Informationen an andere Dienstleister möchten wir sicherstellen, dass mit Ihren Daten umsichtig umgegangen wird und dass Sie Ihre Rechte auch bei Einschaltung von anderen Dienstleistern durchsetzen können. Aus diesem Grund wurden, soweit es erforderlich ist, entsprechende Verträge zum Schutze Ihrer Informationen mit den Dienstleistern geschlossen.

7. Wann werden die Informationen gelöscht?

Wir speichern Ihre Daten solange dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist oder bis Sie Ihre Einwilligung widerrufen haben (mehr erfahren Sie dazu unter Ziffer 9.). Entfallen diese Zwecke oder haben Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden wir Ihre Daten selbstverständlich löschen.

Wir löschen die Daten, sofern wir keine anderen Rechtsgründe zur weiteren Speicherung feststellen. Informationen, die im Zusammenhang mit steuerlichen und gesetzlichen Verpflichtungen gesammelt werden, werden zum Teil entsprechend länger gespeichert. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre, für Betriebsrentenansprüche bis zu 30 Jahre. Außerdem kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden müssen, in der Ansprüche gegen die CommitMed GmbH geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren).

8. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Informationen?

Um Ihnen alle Möglichkeiten im Rahmen der Sammlung und der Verwendung Ihrer Informationen/persönlichen Daten aufzuzeigen, möchten wir Sie hiermit auf die Rechte aufmerksam machen, die Ihnen in diesem Zusammenhang zustehen.

a. Recht auf Auskunft

Sie können Auskunft darüber einfordern, wie, durch wen, zu welchen Zwecken und unter welchen Bedingungen Ihre Daten gesammelt und genutzt werden.

b. Recht auf Berichtigung

Selbstverständlich möchten wir im Rahmen der Verwendung Ihrer persönlichen Informationen keine falschen oder veralteten Informationen weiterleiten, um z.B. Missverständnisse oder etwaige Schäden zu verhindern. Deswegen haben Sie jederzeit die Möglichkeit, die Informationen, die wir über Sie gesammelt haben, zu aktualisieren oder zu berichtigen.

c. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Sie können weiterhin von uns verlangen, dass wir Ihre Daten nur noch eingeschränkt verwenden. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar noch gespeichert werden allerdings nur noch unter beschränkten Voraussetzungen (z.B. zur Geltendmachung von Rechtsansprüchen) verwendet werden dürfen.

d. Widerspruchsrecht

Sofern wir Ihre Informationen aufgrund von berechtigten Interessen sammeln und verwenden, haben Sie selbstverständlich das Recht, der Nutzung Ihrer Informationen zu widersprechen.

e. Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Uns ist es natürlich daran gelegen alle Gesetze in Bezug auf Ihre Daten einzuhalten. Sofern Sie jedoch der Auffassung sind, dass wir durch die Verwendung der Sie betreffenden Daten gegen die Datenschutzgrundverordnung verstoßen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

f. Recht auf Löschung

Nicht zuletzt löschen wir auch Ihre Daten soweit diese für die hier benannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und soweit keine Aufbewahrungspflichten für uns bestehen (s. Ziffer 7). Sollten Sie jedoch der Auffassung sein, dass für weitere Speicherung kein Rechtsgrund besteht, können Sie Ihr Recht auf Löschung der Daten geltend machen.

9. Einwilligung und Widerruf der Einwilligung

Sofern Sie uns eine Einwilligung für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erteilt haben, können Sie diese jederzeit widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung wirkt für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt.

10. Wie können Sie uns kontaktieren?

Zur Ausübung Ihrer oben genannten Rechte oder im Zusammenhang mit Ihrer Einwilligung oder wenn Sie weitere Fragen zum Datenschutz in unserem Hause haben sollten, können Sie uns wie folgt erreichen:

CommitMed GmbH, Joachimsthaler Str. 31-32, 10719 Berlin E-
Mail: info@commitmed.de, Telefon: 030 - 609 84 13 23

Sie können uns auf diesem Wege auch kontaktieren, wenn Sie sich darüber beschweren möchten, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und verwenden. Es ist unser Ziel, hinsichtlich Ihrer Beschwerden bestmögliche Abhilfe zu schaffen. Sollten Sie jedoch mit unserer Antwort nicht zufrieden sein, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit können Sie unter der E-Mail-Adresse mailbox@datenschutz-berlin.de. Weitere Kontaktinformationen finden Sie auf der Webseite der Behörde unter www.datenschutz-berlin.de.

CommitMed GmbH
Joachimsthaler Str. 31– 32
10719 Berlin

T 030 - 609 84 13 23
F 030 - 609 84 13 24
E info@commitmed.de
Berliner Volksbank
BIC: BEVODE33
IBAN:DE31100900002703392000

IK 331105769
Sitz der Gesellschaft: Berlin
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 143854 B

Geschäftsführung:
Selma Oppermann

CommitMed GmbH | 25.05.2018
Datenschutzhinweise Seite 1/2