

Das curabox-Formular.

Ganz einfach kostenlose Pflegehilfsmittel erhalten.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem curabox-Service.

Sie haben einen Pflegegrad oder pflegen eine Person mit Pflegegrad? Die Pflege findet zu Hause statt? Dann gilt der gesetzliche Anspruch auch für Sie. Wir kümmern uns gerne um alles Weitere.

So einfach funktioniert es:

- 1** Füllen Sie das curabox-Formular aus. Dank unserer praktischen beiliegenden **Ausfüllhilfe** geht das schnell & einfach.
- 2** Senden Sie uns alle Formularseiten unterschrieben zurück. Portofrei per Post oder per E-Mail.
- 3** Fertig. Wir regeln alles mit Ihrer Pflegekasse. Nach maximal 4 Wochen erhalten Sie die erste von vielen kostenfreien Lieferungen.



Bequemer Rückversand

Portofrei per Post

Nutzen Sie die frankierte Vorlage

Per E-Mail

Eingescannt an curabox@pflege.de

Wir freuen uns Sie mit unserem curabox-Service unterstützen zu können.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr curabox Team

Haben Sie noch Fragen?

Wir beraten Sie gern unter:

040 874 099 10

Unser Tipp: Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

i

Bis zu 250 Mal waschbar - praktisch und umweltschonend.
Auf Wunsch erhalten Sie diese zusätzlich **ohne Aufpreis**.

Wählen Sie dafür einfach die entsprechenden Optionen im Formular aus.



0,00 €
statt 26,16 € UVP

Versicherte/r:

1.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
-----	------	------	----------	-----------

Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson zu Kontaktzwecken im Rahmen der Leistungserbringung):

1.2	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:	
PLZ, Ort:			E-Mail:	

Pflegedienst (falls vorhanden):

1.3	Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

Lieferung der Box an:

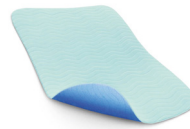
1.4	den Versicherten	den Angehörigen	den Pflegedienst
-----	------------------	-----------------	------------------

Benötigte Pflegehilfsmittel (monatlich wechselbar, gewünschte Menge angeben - Wir stellen Ihnen anhand des Bedarfs den Inhalt im Rahmen der Pauschale zusammen und halten ggf. Rücksprache):

1.5	Menge	Pflegehilfsmittel	Menge	Pflegehilfsmittel
		 25 Bettschutzeinlagen		 500ml Flächendesinfektion
		 100 Einmalhandschuhe S M L XL		10 Mundschutz / 3 FFP2 Masken
		 500ml Händedesinfektion		100 Schutzschürzen

Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

- ✓ Ohne Aufpreis ✓ Bis zu 250 Mal waschbar



Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die web care LBJ GmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung (Privatversicherte erhalten eine Rechnung). Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die web care LBJ GmbH ab. Sofern ich Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten abgebe, z.B. für eine pflegebedürftige Person, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der web care LBJ GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Ich stimme zu, dass pflege.de (web care LBJ GmbH) meine personen- und gesundheitsbezogenen (z.B. Angaben zum Pflegegrad) Informationen, v.a. Kontaktinfos/Versichertenstatus, für die Bearbeitung des Antrages (zum Erhalt der Pflegehilfsmittel), Belieferung (ggf. auch direkt zu Ihrem Pflegedienst) und spätere Betreuung sowie für eine Kontaktaufnahme in diesem Zusammenhang via E-Mail und Telefon verarbeitet. Außerdem stimme ich zu, dass für die Abwicklung (Entscheidung über Antrag, Abrechnung, etc.) die hierfür erforderlichen Daten ggf. an die jeweilige Pflegekasse sowie ggf. an den jeweiligen Pflegedienst übermittelt werden.

Hinweis: Die Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an betroffenenrechte@pflege.de widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs können wir Ihnen gegenüber die entsprechenden Serviceleistungen nicht mehr erbringen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: <https://www.pflege.de/datenschutz/>.

Die mit der Unterschrift getätigte Zustimmung erstreckt sich ebenfalls auf die im Rahmen des „Antrags auf Kostenübernahme“ (Formular 2) – siehe nachfolgende Seite – verarbeiteten Daten.

 _____
Datum

 _____
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Versicherte/r:

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

2.1	Herr	Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:			Telefon/Mobil*:	
PLZ, Ort*:			Geburtsdatum*:	
E-Mail:			Pflegegrad*: 1 2 3 4 5	
Krankenkasse*:			Pflegegrad/-stufe seit: Monat _____ Jahr _____	
Versichertenr.*: (zehnstellige Nummer)			Person ist beihilfeberechtigt: ja	

PG54 - Antrag auf Kostenübernahme:

Denken Sie an **Krankenkasse** und **Versichertennummer**.

2.2	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.
-----	---

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

PG51 - Antrag für Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

2.3	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.
-----	---

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
1 2 3 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die web care LBJ GmbH mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der web care LBJ GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die web care LBJ GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen sowie dass ich eine Einweisung, sofern notwendig, in den Gebrauch der Pflegehilfsmittel erhalten habe. Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinen Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden.

 Datum _____

 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt) IK #330204518

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG54 bis max. des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter, PG 51 ohne Zzlg. |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter, PG 51 mit Zzlg. |

Datum _____ IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift _____

1

Ausfüllhilfe Bestellformular

Wichtig:

Bitte füllen Sie Formular **1 Bestellformular** und **2 Antrag auf Kostenübernahme** aus.

1.1 Versicherte/r: Persönliche Daten des Versicherten.

1.2 Angehörige/r: Persönliche Daten des Angehörigen, bzw. der Pflegeperson oder des Betreuers.

1.3 Pflegedienst: Informationen zum betreuenden Pflegedienst (falls vorhanden).

1.4 Lieferung der Box an: Lieferung der Box an: Empfänger der curabox ankreuzen (Bitte Empfangsvollmacht mit senden, wenn die Lieferung an einen Pflegedienst gehen soll).

1.5 Benötigte Pflegehilfsmittel: Geben Sie die Menge an, die von dem jeweiligen Produkt benötigt wird. Wir stellen Ihnen anhand der Angaben eine passende Box zusammen, die im Rahmen der Pauschale liegt und halten ggf. Rücksprache mit Ihnen. Die Zusammenstellung der Box ist später jederzeit unter curabox.de/ ändern, per E-Mail, Telefon oder Post änderbar.

Einmalhandschuhe: Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Handschuhgröße. Die Handschuhe werden standardmäßig in hochwertigem Vinyl (Weiß) geliefert.

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen: Bitte ankreuzen, wenn Sie zusätzlich kostenlos wiederverwendbare Bettschutzeinlagen erhalten wollen (für Sie 0,00 € statt 26,16 €).

Wenn gewünscht, erhalten Sie diese in einer separaten Lieferung.

1 Bestellformular
zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

curabox
von pflege.de

Versicherte/r:
1.1 Herr Frau Vorname: _____ Nachname: _____

Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson zu Kontaktzwecken im Rahmen der Leistungserbringung):
1.2 Herr Frau Vorname: _____ Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon/Mobil: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Pflegedienst (falls vorhanden):
1.3 Name Pflegedienst: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____

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

Benötigte Pflegehilfsmittel (monatliche Menge angeben - Wir stellen Ihnen anhand des Bedarfs den Inhalt der Box zusammen und halten ggf. Rücksprache):

Menge	Menge	Pflegehilfsmittel
<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen		500ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/> 100 Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		10 Mundschutz / 3 FFP2 Masken
<input type="checkbox"/> 500ml Händedesinfektion		100 Schutzschürzen

Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen
 Ohne Aufpreis Bis zu 250 Mal waschbar

Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)
Hiermit beauftrage ich die web care LBU GmbH mit der Bearbeitung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung (Privatversicherte erhalten eine Rechnung). Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenübernahmeanspruch gemäß § 36b SGB gegenüber meiner Pflegekasse an die web care LBU GmbH ab. Sofern ich Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten abgebe, z.B. für eine pflegebedürftige Person, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der web care LBU GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.
Ich stimme zu, dass pflege.de (web care LBU GmbH) meine personen- und gesundheitsbezogenen (z.B. Angaben zum Pflegegrad) Informationen, v.a. Kontaktlos-Versichertenstatus, für die Bearbeitung des Antrags (zum Erhalt der Pflegehilfsmittel), Bereitstellung (ggf. auch direkt zu Ihrem Pflegedienst) und spätere Betreuung sowie für eine Kontaktaufnahme in diesem Zusammenhang via E-Mail und Telefon verarbeitet. Außerdem stimme ich zu, dass für die Abwicklung (Einschuldung über Antrag, Abrechnung, etc.) die hierfür erforderlichen Daten ggf. an die jeweilige Pflegekasse sowie ggf. an den jeweiligen Pflegedienst übermittelt werden.
Hinweis: Die Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an betriebl@pflege.de widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs können wir Ihnen gegenüber die entsprechenden Serviceleistungen nicht mehr erbringen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: <https://www.pflege.de/datenschutz/>.
Die mit der Unterschrift gestellte Zustimmung erstreckt sich ebenfalls auf die im Rahmen des „Antrags auf Kostenübernahme“ (Formular 2) – siehe nachfolgende Seite – verarbeiteten Daten.

Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

curabox von pflege.de | Großer Grasbrook 9 | D-20457 Hamburg | Registergericht: HRB; Registernummer: 117601; Geschäftsführer Lars Kilchert, Nils Tholen | IK #330204518
FAX 040 226 161 645 | Tel: 040 226 161 60 | E-Mail: curabox@pflege.de

Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen.

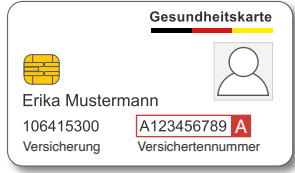


Die Ausfüllhilfe für Formular **2 Antrag auf Kostenübernahme** finden Sie auf der Rückseite **(bitte wenden)**

2

Ausfüllhilfe Antrag auf Kostenübernahme

2.1 Versicherte/r: Persönliche Daten des Versicherten.



2.2 Antrag auf Kostenübernahme: Bitte ankreuzen, wenn Sie kostenlose Pflegehilfsmittel benötigen.

Benötigte Pflegehilfsmittel: Bitte kreuzen Sie alle Produkte an, die Sie bei **1.5** ausgewählt haben.

Unser Tipp: "Unser Tipp: Um später den Inhalt Ihrer curabox entsprechend Ihres Bedarfs einfacher anpassen zu können, wählen Sie alle Produkte aus, die Sie generell benötigen - unabhängig davon ob diese unter **1.5** ausgewählt sind."

2.3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen: Bitte ankreuzen, wenn Sie wiederverwendbare Bettschutzeinlagen benötigen.

Kreuzen Sie außerdem an, wie viele dieser Bettschutzeinlagen Sie jährlich benötigen.

Unser Tipp: Wählen Sie 4 Bettschutzeinlagen aus, damit Sie diese häufiger wechseln können.

Empfangsvollmacht: Senden Sie uns dieses Dokument zusätzlich ausgefüllt und unterschrieben mit, wenn Ihr Ambulanter Pflegedienst das Paket für Sie entgegennehmen soll.

Anbieter-Wechsel: Haben Sie die Pauschale bisher über einen anderen Anbieter oder eine Apotheke in Anspruch genommen und möchten zukünftig über uns versorgt werden? Dann senden Sie uns dieses Dokument zusätzlich ausgefüllt und unterschrieben mit.

2

Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

Versicherte/r: Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

2.1 Herr Frau Vorname*: _____ Nachname*: _____
 Straße, Nr.*: _____ Telefon/Mobil*: _____
 PLZ, Ort*: _____ Geburtsdatum*: _____
 E-Mail: _____ Pflegegrad*: 1 2 3 4 5
 Krankenkasse*: _____ Pflegegrad/-stufe seit: Monat _____ Jahr _____
 Versichertenr.*: _____ A Person ist beihilfeberechtigt: ja nein
Denken Sie an **Krankenkasse** und **Versichertennummer**.

2.2 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.

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Einmalwindeln	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalreinigungsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Einmalgeschützt (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

PG51 - Antrag für Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

2.3 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die web care LBU GmbH mit der Antragsstellung, Befreiung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der web care LBU GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die web care LBU GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegeeinrichtungen) verwendet werden dürfen sowie dass ich eine Einweisung, sofern notwendig, in den Gebrauch der Pflegehilfsmittel erhalten habe. Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übergreifen oder verpfänden.

Datum _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt) IK #330204518

PG54 bis max. des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter*, *PG 51 ohne Zzgl.
 PG 54 bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI PG 51 mit Zzgl./Beihilfeberechtigter*, *PG 51 mit Zzgl.

Datum _____ IK der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift _____

curabox von pflege.de | Großer Grasbrook 9 | D-20457 Hamburg | Registergericht: HRB; Registernummer: 117601; Geschäftsführer Lars Kilchert, Nils Tholen | IK #330204518
FAX 040 226 161 645 | Tel: 040 226 161 60 E-Mail: curabox@pflege.de

Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen.

Alle ausgefüllten Formulare
unterschrieben zurückschicken an:

Portofrei per Post:
Mit beiliegendem Rückumschlag

per E-Mail:
curabox@pflege.de

Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse ein.
Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere für Sie!
 Nach Erhalt der Genehmigung erhalten Sie umgehend Ihre gewünschte curabox.

Wir möchten Ihnen den Rückversand so einfach wie möglich machen:

- 1** Entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden.
- 2** Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben.
- 3** Alle Formulare unterschrieben in den Umschlag stecken.
- 4** Briefumschlag nur noch in den Briefkasten werfen.
Wir übernehmen das Porto für Sie!



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

web care LBJ GmbH
- curabox von pflege.de
Großer Grasbrook 9
D-20457 Hamburg

1 Bestellformular

2 Antrag auf Kostenübernahme

3 Arbeitgebererklärung

4 Wechselerklärung

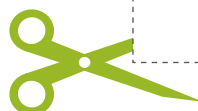
curabox von pflege.de

Deutsche Post 
ANTWORT

web care LBJ GmbH
- curabox von pflege.de
Großer Grasbrook 9
D-20457 Hamburg

curabox
von pflege.de

i Alternativ können Sie uns die Formulare auch per E-Mail an curabox@pflege.de zukommen lassen. Wir benötigen kein Original



Allgemeine Geschäftsbedingungen für das Leistungsangebot der curabox

1. Allgemeines

Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen der web care LBJ GmbH, Großer Grasbrook 9, 20457 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 226 161 60, Fax: +49 (0) 40 226 161 610, E-Mail: info@pflege.de (nachfolgend „Anbieter“), gelten für alle Verträge zwischen dem Besteller des Produktes curabox und dem Anbieter im Zusammenhang mit der Lieferung des Produktes curabox, sowie weiterer mit dem curabox 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. Erfolgt die Beauftragung der Leistungen im Zusammenhang mit der curabox über pflege.de, z.B. über das unter curabox.de aufrufbare Online-Portal, gelten hierfür ergänzend dessen Nutzungsbedingungen sowie die Datenschutzerklärung des Anbieters.

2. Leistungsangebot der curabox, curabox Service, curabox Plus

2.1. Das Leistungsangebot der curabox umfasst die Versorgung des Bestellers mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch durch den Anbieter sowie auf Anforderung des Bestellers auch die entsprechende Beantragung/Abwicklung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse des Bestellers (nachfolgend gemeinsam bezeichnet als „curabox 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 curabox mit curabox 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. 2.3. Ist der Besteller bereits Kunde, steht ihm die Möglichkeit frei, einzelne weitere Produkte auf eigene Kosten und Rechnung zusätzlich zu seiner curabox zu bestellen (nachfolgend bezeichnet als „curabox Plus“).

3. Auftragserteilung / Bevollmächtigung / Abtretungserklärung

3.1. Der Besteller sendet dem Anbieter bzgl. der Lieferung der curabox ein Bestellformular als Ausdruck oder per E-Mail/Fax oder digital über das online Portal (curabox.de) zu. Die Übersendung des Bestellformulars stellt ein Angebot an den Anbieter zum Abschluss eines Kaufvertrages dar. Die Auftragserteilung für curabox Plus Produkte erfolgt online, postalisch oder telefonisch. 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. Nach diesem Zeitpunkt ist der Besteller nicht mehr an sein Angebot gebunden. 3.2. Für den curabox 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 Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch die Pflegekassen 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 curabox. Die Bewilligung der Leistungen kann durch die Pflegekassen auch befristet werden. Bei befristeten Bewilligungen muss der Besteller nach Ablauf einen erneuten Antrag bzgl. des curabox Service 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 curabox abgelehnt wird. Der Besteller kann dann entscheiden, ob er die curabox 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. 3.4. Die curabox Plus Produkte sind nicht über eine Kasse erstattungsfähig und werden von dem Besteller im Einzelfall per Rechnung privat bezahlt.

4. Lieferung der Pflegehilfsmittel / Abrechnung / Verwendung

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 curabox 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 Bestellem direkt mit der Pflegekasse des Bestellers. Die Lieferung der curabox Plus Produkte erfolgt nach Wahl des Anbieters separat (unter Berechnung regulärer Versandkosten). 4.2. Erlischt der Anspruch auf die Kostenübernahme wird der Besteller den Anbieter unmittelbar in Kenntnis setzen. Dem Anbieter steht dann ein außerordentliches Kündigungsrecht hinsichtlich der regelmäßigen Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zu. Kostenerstattungsansprüche des Anbieters bzgl. gelieferter, aber nicht erstatteter Produkte bleiben unberührt. 4.3. Die gelieferten Pflegehilfsmittel sind ausschließlich zum Zwecke der ambulanten und privaten Pflege durch Pflegepersonen oder Angehörige zu verwenden. Insbesondere Pflegedienste sind zur Verwendung der Pflegehilfsmittel nicht berechtigt. Die Pflegehilfsmittel dürfen keinem Dritten geliehen, übereignet oder verpfändet werden.

5. Kündigung

Das Vertragsverhältnis hinsichtlich der regelmäßigen Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch die curabox kann 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 zu den Inhalten der curabox sind freibleibend und unverbindlich. Die Produktabbildungen müssen nicht immer mit dem Aussehen der gelieferten Produkte übereinstimmen. Der Anbieter ist berechtigt einzelne Produkte gegen gleichwertige Alternativprodukte auszutauschen. 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. Soweit die gelieferte Ware nicht die zwischen dem Besteller und dem Anbieter vereinbarte Beschaffenheit hat oder er sich nicht für die nach dem Vertrag vorausgesetzten oder die Verwendung allgemein eignet oder er nicht die Eigenschaften, die der Besteller nach öffentlichen Äußerungen des Anbieters erwarten konnten, hat, so haften wir für Sach- oder Rechtsmängel gelieferter Artikel nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften, insbesondere §§ 434ff. BGB.

7. Widerruf

Als Verbraucher steht dem Besteller grundsätzlich ein Widerrufsrecht zu, über welches er im Folgenden belehrt wird. Das Widerrufsrecht findet allerdings keine Anwendung für 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.

Widerrufsbelehrung

Sie oder Ihr gesetzlicher Vertreter haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie oder ein von ihnen benannter Dritter, der nicht Beförderer ist, die erste Ware in Besitz genommen haben bzw. hat. Um das Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (web care LBJ GmbH, Großer Grasbrook 9, 20457 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 226 161 60, Fax: +49 (0) 40 226 161 610, E-Mail: info@pflege.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.

Widerrufsfolgen

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen oder Ihrer Pflegekasse erhalten haben, einschließlich ggf. Lieferkosten unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tage ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über den Widerruf dieses Vertrages bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel und denselben Zahlungsempfänger, das, bzw. der bei der ursprünglichen Transaktion verwendet wurde; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Waren zurückerhalten haben oder Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Waren zurückgesandt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist. Sie haben die Ware unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag, an dem Sie uns über den Widerruf dieses Vertrages unterrichten, an die web care LBJ GmbH, Großer Grasbrook 9, 20457 Hamburg, zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von 14 Tagen absenden. Sie haben die unmittelbaren Kosten der Rücksendung zu tragen. Für einen Wertverlust der Waren haben Sie nur aufzukommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang 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

8. Haftung

8.1. Der Anbieter haftet auf Schadenersatz – 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 vertrags-typischen, 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. Schlussvereinbarungen

9.1. Mit der Einsendung 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 curabox 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.curabox.de/datenschutz>. Der Besteller kann der Verarbeitung seiner Daten jederzeit widersprechen, z.B. mit einer E-Mail an betreffenenrechte@pflege.de. 9.2. Sollten einzelne Bestimmungen dieser AGB unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Geschäftsbedingungen bedürfen der Textform. Das gilt auch für einen Verzicht auf dieses Formerfordernis. 9.3. Die Europäische Kommission stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS) bereit: <http://ec.europa.eu/consumers/odr>. Wir sind nicht bereit oder verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. 9.4. Dieser Vertrag und die gesamten Rechtsbeziehungen der Parteien unterliegen dem Recht der Bundesrepublik Deutschland unter Ausschluss des UN-Kaufrechts (CISG).“

Empfangsvollmacht für ambulanten Dienst

Wir möchten Ihnen den Umgang mit Ihren kostenfreien Pflegehilfsmitteln so einfach wie möglich gestalten. Daher bieten wir Ihnen mit dieser Empfangsvollmacht an, die monatlich notwendige Unterschrift zum Erhalt

der Pflegehilfsmittel an Ihren ambulanten Pflegedienst zu übertragen.

Die Vollmacht ist ausschließlich für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln von pflege.de gültig.

Hiermit ermächtige ich:

Versicherte/r:

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Herr	Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:			Telefon/Mobil:
PLZ, Ort*:			

Pflegedienst:

Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:

die monatliche Lieferung an Pflegehilfsmitteln der Firma web care LBJ GmbH – curabox von pflege.de – anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

Die web care LBJ GmbH ist somit berechtigt, die von mir bestellten Produkte, mit schuldbefreiender Wirkung an alle Mitarbeiter und Stellvertreter der oben genannten Organisation zu liefern. Ab der Übergabe trage ich somit das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware.

Ich stimme zu, dass pflege.de (web care LBJ GmbH) meine personen- und gesundheitsbezogenen (z.B. Angaben zum Pflegegrad) Informationen, v.a. Kontaktinfos/Versicherungsstatus für die direkte Lieferung zu meinem Pflegedienst an diesen übermittelt.

Hinweis: Die Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an betroffenenrechte@pflege.de widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs können wir Ihnen gegenüber die entsprechenden Serviceleistungen nicht mehr erbringen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: <https://www.pflege.de/datenschutz/>



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigter

Wechselerklärung

zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



Versicherte/r:

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Herr	Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:		Telefon/Mobil:	
PLZ, Ort*:			

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

Web care LBJ GmbH
-curabox von pflege.de-
Großer Grasbrook 9
20457 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

Web care LBJ GmbH
-curabox von pflege.de-
Großer Grasbrook 9
20457 Hamburg
Fax: 040-226 161 645
Tel: 0800 666 222 141

Dort nehme ich **ab dem Monat** ~~X~~ _____ ~~X~~ **202** _____ den Service der monatlichen „curabox-Lieferung“ in Anspruch.
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

~~X~~ _____
Datum

~~X~~ _____
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)