

# 1 BESTELLFORMULAR

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)



**CURA**<sup>®</sup>

care  
UG

## 1.1 Versicherte/ r

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
-------------------------------	-------------------------------	----------	-----------

## 1.2. Angehörige/ r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/ der Betreuer/ in)

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Anschrift:		Telefon/ mobil:	
PLZ, Ort:		E-Mail:	

## 1.3. Pflegedienst

Name: Cura care UG	
Anschrift: Jahnstraße 27	Telefon: 02403/ 700410
PLZ, Ort: 52249, Eschweiler	Fax: 02403/ 700422
E-Mail: <a href="mailto:cura.careug@cura-pflege.de">cura.careug@cura-pflege.de</a>	IK: 460578279

## 1.4 Lieferung der Cura care Box

<input type="checkbox"/> an den Versicherten	<input type="checkbox"/> an den Angehörigen	<input type="checkbox"/> an den Pflegedienst
--	---	--

## 1.5. Bitte wählen Sie eine Variante der Cura care Box aus (gewünschte Box ankreuzen, monatlich wechselbar)

<input type="checkbox"/> <b>Box1</b>	1x500ml Händedesinfektionsmittel 1x500ml Flächendesinfektionsmittel 1x50Stk. Mund-Nasenschutz	<input type="checkbox"/> <b>Box2</b>	1x100Stk. Einmalhandschuhe 1x500ml Händedesinfektionsmittel 1x500ml Flächendesinfektionsmittel 1x50Stk. Mund-Nasenschutz		
<input type="checkbox"/> <b>Box3</b>	2x100Stk. Einmalhandschuhe 2x500ml Händedesinfektionsmittel 2x500ml Flächendesinfektionsmittel 1x50Stk. Mund-Nasenschutz	<input type="checkbox"/> <b>Box4</b>	1x100Stk. Einmalhandschuhe 2x500ml Händedesinfektionsmittel 2x500ml Flächendesinfektionsmittel 2x50Stk. Mund-Nasenschutz		
<input type="checkbox"/> <b>Box5</b>	2x100Stk. Einmalhandschuhe 1x500ml Händedesinfektionsmittel 1x500ml Flächendesinfektionsmittel 2x50Stk. Mund-Nasenschutz 1x25Stk. Bettschutzeinlagen	<input type="checkbox"/> <b>Box6</b>	1x100Stk. Einmalhandschuhe 1x500ml Händedesinfektionsmittel 1x500ml Flächendesinfektionsmittel 1x50Stk. Mund-Nasenschutz 2x25Stk. Bettschutzeinlagen		
<input type="checkbox"/> <b>Box7</b>	2x100Stk. Einmalhandschuhe 2x500ml Händedesinfektionsmittel 2x500ml Flächendesinfektionsmittel 2x25Stk. Bettschutzeinlagen	<b>▪ Einmalhandschuhe (Größe)</b>			
		<input type="checkbox"/> <b>S</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b>	<input type="checkbox"/> <b>L</b>	<input type="checkbox"/> <b>XL</b>

**Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlage** (ohne Aufpreis und bis zu 300mal waschbar)

Cura care UG

## **Abtretungserklärung/ Beauftragung/ AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)**

Hiermit beauftrage ich die Cura care UG (Jahnstraße 27, in 52249 Eschweiler/ Nordrhein-Westfalen, Tel. 02403/ 700410, IK 460578279, HRB 25633, Geschäftsführer Georg Pähler) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/ Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Cura care UG ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung und habe jederzeit das recht, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Weitere Informationen hierzu finde ich den Datenschutzhinweisen (einzusehen, nachfolgend im Antrag).

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte/ r oder Bevollmächtigte/ r

### **Datenschutzhinweise**

#### **1.Verantwortlicher**

Die Cura care UG, Jahnstraße 27, 52249 Eschweiler/ Nordrhein-Westfalen, Tel. 02403/ 700410, Fax 02403/ 700422, E-Mail: [cura.careug@cura-pflege.de](mailto:cura.careug@cura-pflege.de), ist gemeinsam mit den Pflegekassen verantwortlich über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten. Sind die Zwecke und Mittel dieser Verarbeitung durch das Unionsrecht oder das Recht der Mitgliedsstaaten vorgegeben, so können der Verantwortliche beziehungsweise die bestimmten Kriterien seiner Benennung nach dem Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedsstaaten vorgesehen werden (i.S.v.Art.4 Nr. 7 DSGVO).

#### **2.Datenschutzbeauftragter**

Bei Fragen zu oder Anliegen zum Datenschutz können Sie sich auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden:

Manuela Hommelsheim  
Jahnstraße 27 | 52249 Eschweiler  
Tel.: 02403/ 700410 | Mobil: 01522/ 5671083

Zu Fragen und Ausübung Ihrer Betroffenenrechte wenden Sie sich bitte unter Angabe Ihrer E-Mail- Adresse und Ihres Namens formlos an:  
E-Mail: [manuela.hommelsheim@cura-pflege.de](mailto:manuela.hommelsheim@cura-pflege.de)

#### **3.Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Der Verantwortliche verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie dem Verantwortlichen diese Daten ihrerseits im Rahmen der Bereitstellung von Informationsmaterial oder eines Newsletters, der Bestellung oder Vermittlung von Waren oder Leistungen des Verantwortlichen oder Dritter, einer anderweitigen Nutzung über Family Connect oder einer sonstigen Kontaktaufnahme (z.B. per Kontaktformular, E-Mail oder Telefon) mitteilen (vgl. auch die Einwilligungserklärung/ en). Im Rahmen der oben erwähnten Interaktion mit Ihnen werden die hierfür jeweils erforderlichen Daten (z.B. Kontaktdaten, Name, Telefonnummer, E-Mail- Adresse, Pflegegrad und ggf. Weitere) erhoben. Darüber hinaus können weitere Daten abgefragt werden., die für die Beratung und die bedarfsgerechte Information hilfreich sind, die Eingabe dieser Daten ist jedoch freiwillig und entsprechend gekennzeichnet. Der Verantwortliche verwendet die von Ihnen mitgeteilten Daten zur Bearbeitung Ihrer Anfragen oder der Vertragsabwicklung. Damit Sie dem Verantwortlichen im Falle von Anfragen bzw. bei laufenden Beratungen nicht wiederholt die gleichen Informationen mitteilen müssen, speichert er diese so lange ab, wie sie für die Klärung der anfrage oder der Kundenbeziehung benötigt werden. Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Basis von Art.6 Abs.1 Satz 1 lit. b DSGVO, wenn sie einer Vertragsabwicklung oder vertragsvorbereitenden Maßnahme dient. Soweit Sie in die Datenerhebung und Datenverarbeitung eingewilligt haben, richtet sich die Datenverarbeitung nach §Art.6 Abs.1 Satz 1 lit. a DSGVO.

**3.1.** Alle personenbezogenen Daten werden auf Servern in Deutschland oder innerhalb der EU gespeichert oder verarbeitet. Eine Datenübermittlung an Stellen außerhalb der EU nur im nach Art.44 DSGVO zulässigem Rahmen.

#### **4.Datenübermittlung an Dritte**

**4.1.** Der Verantwortliche wird Ihre personenbezogenen Daten nur in den folgenden Fällen an Dritte weitergeben:

**4.1.1.** Wenn die Übermittlung sonst zur Erbringung einer von Ihnen angefragten bzw. beauftragten Leistung(Curabox) notwendig ist, oder

**4.1.2.** Wenn eine zwingende behördliche oder gerichtliche Anordnung vorliegt.

**4.2.1.** Die mit dem Bestellformular für die Curabox erhobenen Daten, einschließlich Pflegegrad des Betroffenen, zunächst an die jeweilige Pflegekasse zur Genehmigung der pauschalen Erstattung gesendet. Nach erfolgter Genehmigung erhält der jeweilige Hilfsmittelversender die für die Abwicklung und Zustellung der Cura care Box erforderlichen Daten.

Cura care UG

Jahnstraße 27 | 52249 Eschweiler | Telefon 02403/ 700410 | Fax 02403/ 700422 | E- Mail [cura.careug@cura-pflege.de](mailto:cura.careug@cura-pflege.de) | IK 460578279 | HRB 25633

## **5.Rechte der betroffenen Person**

Bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie folgende Rechte, über die wir nachfolgend gerne informieren. Sie können hierzu an den Verantwortlichen oder Datenschutzbeauftragten wenden, die Kontaktdaten finden Sie oben unter 1. und 2.

### **5.1.Auskunftsrecht**

Auf Verlangen bestätigt der Verantwortliche Ihnen ob betreffende, personenbezogene Daten verarbeitet werden. Ist dies der Fall, haben Sie ein Recht über ihre Informationen beauskunftet zu werden. Auf Verlangen erhalten Sie dabei eine Kopie der von Ihnen erhobenen und verarbeiteten Daten. Dies geschieht unentgeltlich.

### **5.2.Recht auf Berichtigung**

Sie haben das Recht, die unverzügliche Berichtigung ihn betreffender unrichtiger personenbezogener Daten zu verlangen. Es steht Ihnen das Recht zu, unter Berücksichtigung der Zwecke der Verarbeitung, die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten, auch mittels ergänzender Erklärung, zu verlangen.

### **5.3.Recht auf Löschung(sog. Recht auf Vergessenwerden)**

Auf Verlangen bzw. nach Kündigung des Vertrages mit dem Verantwortlichen werden Ihre personenbezogenen Daten umgehend gelöscht, wenn dem nicht steuer- oder handelsrechtliche Aufbewahrungs- oder Dokumentationspflichten entgegenstehen oder die Sicherstellung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen gefährdet ist.

### **5.4.Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Sperrung)**

Sie haben das Recht, auf Einschränkung der Verarbeitung, also die Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten für die Verarbeitung zu erlangen.

### **5.5.Recht auf Datenübertragbarkeit (Datenportabilität)**

Auf Verlangen können Ihre Daten kostenpflichtig in einem für Sie und einen im Anschluss tätigen Dienstleister strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung gestellt werden, um eine Schnelle Übertragung zu ermöglichen. Dies gilt jedenfalls, soweit die Verarbeitung auf einer Einwilligung gemäß Art.6 Abs.1 a DSGVO oder Art.9 Abs.2 Buchstabe a DSGVO oder auf einem vertrag gemäß Art.6 Abs.1 b DSGVO beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.

### **5.6.Widerspruchsrecht**

Ihnen steht zudem ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu. Erfolgt die Verarbeitung zum Zwecke der Direktwerbung, besteht dieses Recht jederzeit. Andernfalls kann das Recht ebenfalls aus Gründen bestehen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogener daten Widerspruch einzulegen. Dies gilt nur so weit die Verarbeitung aufgrund Art.6 Abs. 1 Buchstaben e oder f DSGVO erfolgt (Wahrnehmung öffentlicher Interessen oder Wahrung berechtigter Interessen durch/ des Verantwortlichen. Um dieses Widerrufsrecht auszuüben, können Sie uns unter Nennung Ihrer E-Mail-Adresse und Ihres Namens eine formlose Nachricht an [cura.careug@cura-pflege.de](mailto:cura.careug@cura-pflege.de) senden, in der Ihre Widerrufsabsicht zum Ausdruck kommt.

### **5.7.Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Sind Sie der Ansicht, dass ein Verstoß gegen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorliegt, steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

## **6.Änderung dieser Datenschutzerklärung**

Der Verantwortliche behält sich das recht vor, Sicherheits- und Schutzmaßnahmen anzupassen, soweit dies wegen der technischen oder rechtlichen Entwicklung erforderlich wird. In diesen Fällen wird der Verantwortliche auch diese Hinweise zum Datenschutz entsprechend anpassen. Bitte beachten Sie daher die jeweils aktuelle Version unserer Datenschutzhinweise.

## **7.Fragen und Kontakt**

Ihnen stehen die unter 5. aufgeführten Rechte zu.

Bei allen Anliegen zum Datenschutz wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten (Kontaktdaten unter 2.) oder an die E-Mail- Adresse [cura.careug@cura-pflege.de](mailto:cura.careug@cura-pflege.de)

## 2 ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)



**CURA**<sup>®</sup>

care  
UG

### 2.1. Versicherte/ r

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Anschrift:		Telefon/ mobil:
PLZ, Ort:		E-Mail:
Krankenkasse:		Geb.-Datum:
Versichertennummer:		Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Procente _____
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Pflegegrad seit: Monat _____ Jahr _____

Denken Sie an Krankenkasse und Versichertennummer!

### 2.2. Antrag auf Kostenübernahme

Zum Verbrauch bestimmter 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

### 2.3. Bedarf an Pflegehilfsmittel

Grundsätzlich wird benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Betttschutzeinlagen (60x90cm, Einmalgebrauch, saugend)	
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei)	
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	
<input type="checkbox"/>	Mund-Nasenschutz (Einmalgebrauch)	

### 2.4. Wiederverwendbare Betttschutzeinlagen

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

#### 2.4.1. Bedarf an wiederverwendbare Betttschutzeinlagen

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Positionsnummer
<input type="checkbox"/> 1Stk.	Wiederverwendbare Betttschutzeinlagen (75x85cm)	

Cura care UG

Hiermit bevollmächtige ich die Cura care UG mit der Auftragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung von Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die Cura care UG, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber dem Pflegedienst Cura care UG, solange die Leistungserbringung besteht. Bitte verzeichnen Sie die Cura care UG als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte/ r oder Bevollmächtigte/ r

**Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)**

**IK 460578279**

**Bitte zurück an die Faxnummer:** \_\_\_\_\_

PG 54 bis 40,- € monatlich

PG 51 Zzgl./ Beihilfeberechtigter

PG 54 bis 20,- € monatlich

PG 51 ohne Zzgl.

PG 51 mit Zzgl.

PG 51 mit Zzgl./ Beihilfeberechtigter

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

IK der Pflegekasse/ Stempel/ Unterschrift

**Cura care Box Empfangsvollmacht für die Cura care UG**

Wir möchten Ihnen den Umgang mit den kostenfreien Pflegehilfsmitteln so einfach wie möglich gestalten. Daher bieten wir Ihnen mit dieser Empfangsvollmacht an, die monatlich notwendige Unterschrift zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln an die Cura care UG direkt zu übertragen.

**Die Vollmacht ist ausschließlich für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln gültig!**

Hiermit ermächtige ich \_\_\_\_\_,

die Cura care UG die monatliche Lieferung an Pflegehilfsmitteln,  
durch den Service des Hol- und Bringdienstes zur Verfügung zu stellen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte/ r oder Bevollmächtigte/ r

Cura care UG