

# Vielen Dank für Ihr Interesse an Helpbox24

Wir senden Ihnen jeden Monat eine Pflegebox

monatlich  
**40€**  
sparen



Mitglied  
**Verbund  
Pflegehilfe**

Wir liefern Ihnen **jeden Monat** Pflegehilfsmittel im Wert von **bis zu 40 EUR kostenfrei** und bequem **nach Hause**. Pflegebedürftige Personen haben einen **gesetzlichen Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Nulltarif**. Die Pflegekasse übernimmt dann die Kosten für Ihre Helpbox und **wir kümmern uns** für Sie um die **komplette Abwicklung**.

Um in Zukunft jeden Monat kostenlose Pflegehilfsmittel zu erhalten, füllen Sie einfach die beiden folgenden Seiten aus. Unsere praktische Ausfüllhilfe ab Seite 4 hilft Ihnen dabei.

Bitte senden Sie uns dann die beiden ausgefüllten und unterschriebenen Formulare zurück. Per E-Mail, per Fax oder portofrei per Post. Nutzen

Sie hierfür gern die frankierte Post-Vorlage auf Seite 6.

Falls Sie die Formulare lieber per Post erhalten möchten, kontaktieren Sie uns bitte.

Nach der Genehmigung durch die Pflegekasse erhalten Sie umgehend Ihre erste kostenlose Helpbox.

Telefon: 0800 - 000 55 25 · Fax: 0451/4906-135 · E-Mail: [service@helpbox24.de](mailto:service@helpbox24.de)

[www.helpbox24.de](http://www.helpbox24.de)

**Versicherter** (weitere Details auf Seite 2)

Frau

Herr

Vorname

Nachname

**Ansprechpartner** (Ansprechpartner kann neben der pflegebedürftigen Person alternativ auch z.B. ein Angehöriger, Bekannter oder Pflegedienst sein)

Frau

Herr

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

E-Mail

Telefon

**An wen soll die Lieferung erfolgen?**

Lieferung an Versicherten

Lieferung an Ansprechpartner

andere Lieferadresse

Frau

Herr

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

**Ihre Auswahl** (die getroffene Auswahl der Box kann jeden Monat nach Bedarf neu festlegt werden)**Helpbox 1**2x 500 ml Handdesinfektion  
1x 100 St. Schutzschürzen  
1x 50 St. Mundschutz**Helpbox 2**2x 500 ml Handdesinfektion  
1x 500 ml Flächendesinfektion  
1x 100 St. Schutzschürzen**Helpbox 3**2x 500 ml Handdesinfektion  
2x 50 St. Mundschutz  
1x 100 St. Einmalhandschuhe**Helpbox 4**1x 500 ml Handdesinfektion  
1x 100 St. Schutzschürzen  
1x 50 St. Mundschutz  
1x 100 St. Einmalhandschuhe**Helpbox 5**2x 500 ml Handdesinfektion  
2x 500 ml Flächendesinfektion  
1x 50 St. Mundschutz**Helpbox 6**1x 500 ml Handdesinfektion  
2x 25 St. Bettschutzeinlagen  
1x 50 St. Mundschutz**Größe Einmalhandschuhe**

M

L

**wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)**

1

2

3

4

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter oder  
Bevollmächtigter**Handelt es sich um einen Anbieterwechsel?**  
Hinweis: Bitte denken Sie daran bei Ihrem  
derzeitigen Pflegehilfsmittel-Anbieter Ihre  
Lieferung der Pflegehilfsmittel zu kündigen.

### Versicherter (Pflegebedürftige Person)

|                       |        |         |   |   |              |   |                     |                       |                   |
|-----------------------|--------|---------|---|---|--------------|---|---------------------|-----------------------|-------------------|
| Frau                  | Herr   | Vorname |   |   |              |   | Nachname            |                       |                   |
| Straße und Hausnummer |        |         |   |   |              |   |                     |                       |                   |
| Adresszusatz          |        |         |   |   |              |   |                     |                       |                   |
| Postleitzahl          |        |         |   |   | Ort          |   |                     |                       |                   |
| Geburtsdatum          |        |         |   |   | Telefon      |   |                     |                       |                   |
| Versicherten-Nummer   |        |         |   |   | Krankenkasse |   |                     |                       |                   |
| Pflegegrad            | keiner | 1       | 2 | 3 | 4            | 5 | Der Versicherte ist | Gesetzlich versichert | Privat versichert |

### Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI. Bei Beihilfeberechtigung (betrifft u.a. Beamte / pensionierte Beamte) bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages.

| wird grundsätzlich benötigt | Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | Pflegehilfsmittelpositions-Nr. |
|-----------------------------|---|--------------------------------|
|                             | Flächendesinfektionsmittel                | 54.99.02.0002                  |
|                             | Handdesinfektionsmittel                   | 54.99.02.0001                  |
|                             | Einmalhandschuhe                          | 54.99.01.1001                  |
|                             | Schutzschürzen (Einmalgebrauch)           | 54.99.01.3001                  |
|                             | Mundschutz                                | 54.99.01.2001                  |
|                             | Bettscutzeinlagen (Einmalgebrauch)        | 54.45.01.0001                  |

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51).

| Bitte ankreuzen | Stückzahl (1-4) | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene | Pflegehilfsmittelpositions-Nr. |
|-----------------|-----------------|---|--------------------------------|
|                 |                 | wiederverwendbare Bettscutzeinlagen         | 51.40.01.4137                  |

Hiermit beauftrage ich für den Service Helpbox24 die MEXO Medien Expert Online GmbH (nachfolgend MEXO GmbH) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die MEXO GmbH ab. Bitte verzeichnen Sie die MEXO GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Ich habe die Hinweise zum Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen und stimme den Datenschutzhinweisen (<https://www.helpbox24.de/datenschutz>) und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der MEXO Medien Expert Online GmbH (<https://www.helpbox24.de/agb>) zum Service Helpbox24 zu. Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte nur für die ambulante private Pflege verwendet werden dürfen.

Ort, Datum



Unterschrift Versicherter oder Bevollmächtigter

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

MEXO Medien Expert Online GmbH IK. Nr.:  
331304942

PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung/  
Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/  
Beihilfeberechtigter

Ort, Datum

IK-NR. der Pflegekasse

Stempel / Unterschrift

# Ausfüllhilfe Bestellformular

**Hinweis:** Alle Pflichtfelder sind **grün** markiert. Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen.

1 Persönliche Daten des Versicherten (Pflicht)

2 Daten des Ansprechpartners

3 Lieferadresse (Pflicht)

4 Persönliche Helpbox auswählen (Pflicht)

5 Handschuhgröße auswählen (Pflicht)

6 Bettschutzeinlagen auswählen

7 Datum und Unterschrift (Pflicht)

**helpbox 24** 1) Bestellformular

Versicherter (weitere Details auf Seite 2)

Frau  Herr Vorname  Nachname

Ansprechpartner (Ansprechpartner kann neben der pflegebedürftigen Person alternativ auch z.B. ein Angehöriger, Bekannter oder Pflegedienst sein)

Frau  Herr Vorname  Nachname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl  Ort

E-Mail  Telefon

An wen soll die Lieferung erfolgen?

Lieferung an Versicherten  Lieferung an Ansprechpartner  andere Lieferadresse

Frau  Herr Vorname  Nachname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl  Ort

Ihre Auswahl (die getroffene Auswahl der Box kann jeden Monat nach Bedarf neu festgelegt werden)

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Helpbox 1</b><br>2x 500 ml Handdesinfektion<br>1x 100 St. Schutzschürzen<br>1x 50 St. Mundschutz                                | <input type="checkbox"/> <b>Helpbox 2</b><br>2x 500 ml Handdesinfektion<br>1x 500 ml Flächendesinfektion<br>1x 100 St. Schutzschürzen | <input type="checkbox"/> <b>Helpbox 3</b><br>2x 500 ml Handdesinfektion<br>2x 50 St. Mundschutz<br>1x 100 St. Einmalhandschuhe  |
| <input type="checkbox"/> <b>Helpbox 4</b><br>1x 500 ml Handdesinfektion<br>1x 100 St. Schutzschürzen<br>1x 50 St. Mundschutz<br>1x 100 St. Einmalhandschuhe | <input type="checkbox"/> <b>Helpbox 5</b><br>2x 500 ml Handdesinfektion<br>2x 500 ml Flächendesinfektion<br>1x 50 St. Mundschutz      | <input type="checkbox"/> <b>Helpbox 6</b><br>1x 500 ml Handdesinfektion<br>2x 25 St. Bettschutzeinlagen<br>1x 50 St. Mundschutz |

Größe Einmalhandschuhe  M  L

wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)  1  2  3  4

Ort, Datum  Unterschrift Versicherter oder Bevollmächtigter

helpbox24 ist ein Service der MEXO Medien Expert Online GmbH, Am Bahnhof 3, 19084 Platte, Amtsgericht Schwerin: HRB 11972, Geschäftsführung: Martin Lange

2 / 6

## Unser Tipp: Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen im Wert von bis zu 104 EUR jährlich

Bis zu 4 Stück kostenlos im Jahr (einmalige Lieferung).

Vorteile: Sie haben mit diesen Bettschutzeinlagen einen erhöhten Liegekomfort und Schutz. Zudem können die Einlagen bis zu 250 Mal gewaschen werden, was gut für die Umwelt ist.

**Wählen Sie dafür einfach die entsprechenden Optionen im Formular aus.**



**Haben Sie Fragen oder benötigen Sie Hilfe beim Ausfüllen der Formulare?**

Rufen Sie uns gern kostenlos montags bis freitags von 08 bis 20 Uhr an:

**0800 - 000 55 25**

# Ausfüllhilfe Antrag auf Kostenübernahme

**Hinweis:** Alle Pflichtfelder sind **grün** markiert. Datum und Unterschrift bitte nicht vergessen.

## 1 Persönliche Daten des Versicherten / pflegebedürftige Person (Pflicht)



### Hinweis:

Damit Sie später den Inhalt Ihrer Helpbox problemlos wechseln zu können, sind hier schon alle Produkte vorausgewählt. Unabhängig davon, ob sich diese in Ihrer ausgewählten Box befinden. Aber wir senden Ihnen natürlich genau die Box zu, die Sie im Bestellformular oben angekreuzt haben.

## 2 Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen im Bestellformular beantragt haben, bitte hier zusätzlich ankreuzen und die Stückzahl daneben eintragen

## 3 Datum und Unterschrift (Pflicht)



**2) Antrag auf Kostenübernahme**  
 für Pflegehilfsmittel gemäß §78 Absatz 1 in  
 Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

**Versicherter (Pflegebedürftige Person)**

Frau  Herr Vorname  Nachname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl  Ort

Geburtsdatum  Telefon

Versicherten-Nummer  Krankenkasse

Pflegegrad  keiner  1  2  3  4  5 Der Versicherte ist  Gesetzlich versichert  Privat versichert

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI. Bei Beihilfeberechtigung (betrifft u.a. Beamte / pensionierte Beamte) bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages.

| wird grundsätzlich benötigt         | Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | Pflegehilfsmittelpositions-Nr. |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Flächendesinfektionsmittel                | 54.99.02.0002                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Handdesinfektionsmittel                   | 54.99.02.0001                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Einmalhandschuhe                          | 54.99.01.1001                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Schutzschürzen (Einmalgebrauch)           | 54.99.01.3001                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mundschutz                                | 54.99.01.2001                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)       | 54.45.01.0001                  |

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51).

| Bitte ankreuzen          | Stückzahl (1-4)      | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene | Pflegehilfsmittelpositions-Nr. |
|--------------------------|----------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | wiederverwendbare Bettschutzeinlagen        | 51.40.01.4137                  |

Hiermit beantrage ich für den Service Helpbox24 die MEXO Medien Expert Online GmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller meinen etwaigen Kostenersatzanspruch gemäß § 398 BGG gegenüber meiner Pflegekasse an die MEXO Medien Expert Online GmbH ab.

Ich habe die Hinweise zum Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen und stimme den Datenschutzhinweisen (<https://www.helpbox24.de/datenschutz/>) und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der MEXO Medien Expert Online GmbH (<https://www.helpbox24.de/agb/>) zum Service Helpbox24 zu. Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte nur für die ambulante private Pflege verwendet werden dürfen.

Ort, Datum  Unterschrift Versicherter oder Bevollmächtigter

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

PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI  PG 51 mit Zuzahlung  PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI  PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Ort, Datum  IK-NR. der Pflegekasse  Stempel / Unterschrift

Helpbox24 ist ein Service der MEXO Medien Expert Online GmbH, Am Bahnhof 3, 19086 Plate, Amtsgericht Schwerin, HRB 11972, Geschäftsführung: Martin Lange

3 / 6



### Privatversicherte und Selbstzahler:

Alle Informationen für die Bestellung Ihrer Helpbox finden Sie auf unserer Website oder rufen Sie uns kostenfrei an! Wir helfen Ihnen gern weiter.

**Haben Sie Fragen oder benötigen Sie Hilfe beim Ausfüllen der Formulare?**

Rufen Sie uns gern kostenlos montags bis freitags von 08 bis 20 Uhr an:

**0800 - 000 55 25**

# Anträge bequem zurücksenden

Nutzen Sie unseren Vordruck zum kostenlosen Rückversand!

1



Schneiden Sie bitte den Vordruck an der vorgegebenen Linie aus.

2



Kleben Sie nun den Ausschnitt auf einen Briefumschlag. Bitte achten Sie darauf, dass der Ausschnitt sicher klebt.

3



Stecken Sie beide unterschriebenen Formulare in den Briefumschlag.

4



Den Briefumschlag nur noch in den Briefkasten werfen. Wir übernehmen das Porto für Sie!

i



Alternativ können Sie uns die Formulare auch per Fax an **0451/4906-135** oder eingescannt per E-Mail **service@helpbox24.de** senden. Wir benötigen kein Original!



Bei kurzem Umschlag bitte hier abschneiden

 helpbox24

Das Porto  
zahlen wir  
für Sie!

Deutsche Post   
**ANTWORT**

Helpbox24  
Am Bahnhof 3  
19086 Plate