

1

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

BESTELLFORMULAR

Gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

(Vom Versicherten oder bevollmächtigten Angehörigen/ Betreuer auszufüllen)



IK NR. 330803820

Versicherte/r:

(gemäß Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI)

☐ Herr ☐ Frau Vorname: Nachname:
Angehörige/r (Betreuer/in bzw. wichtigste private Pflegeperson):
☐ Herr ☐ Frau Vorname: Nachname:

 Straße, Hausnummer: Adresszusatz:

 PLZ Ort:

 Telefon: E-Mail:

 Name des Pflegedienstes:

 Straße, Hausnummer:

 PLZ Ort:
Die Lieferung der HygenBox soll bitte erfolgen an: ☐ den Versicherten ☐ Der Pflegeperson ☐ dem Pflegedienst
☐ **HygenBox 1**
 2 x Fläschendesinfektionsmittel 500 ml
 1 x Händedesinfektionsmittel 500 ml
 1 x Einmalhandschuhe 100 Stück
 1 x Bettschutzeinlagen 25 Stück
☐ **HygenBox 2**
 2 x Einmalhandschuhe 100 Stück
 1 x Händedesinfektionsmittel 500 ml
 1 x Fläschendesinfektionsmittel 500 ml
 1 x Bettschutzeinlagen 25 Stück
☐ **HygenBox 3**
 2 x Einmalhandschuhe 100 Stück
 2 x Händedesinfektionsmittel 500 ml
 1 x Fläschendesinfektionsmittel 500 ml
☐ **HygenBox 4**
 2 x Einmalhandschuhe 100 Stück
 2 x Fläschendesinfektionsmittel 500 ml
 1 x Händedesinfektionsmittel 500 ml
☐ **HygenBox 5**
 2 x Bettschutzeinlagen 25 Stück
 1 x Händedesinfektionsmittel 500 ml
 1 x Fläschendesinfektionsmittel 500 ml
☐ **HygenBox 6 - individuelle Zusammenstellung**

☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

(Wenn Angaben fehlen wird Größe M geliefert)

☐ **Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)**
Beauftragung / Abtretungserklärung / AGB

Mit meiner Unterschrift beauftrage ich die Firma Cinar Medical (Eberbacher Str. 19, 68259 Mannheim, Inhaber: Seref Cinar) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller und Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die Firma Cinar Medical ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die Firma Cinar Medical zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen (einzusehen unter: <https://hygenbox.de/datenschutz/>). Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an widerruf@cinarmedical.de) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB von Cinar Medical und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzusehen am Ende des Dokuments). 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 Firma Cinar Medical diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

2

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

ANTRG AUF KOSTENÜBERNAHME

Gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

(Vom Versicherten oder bevollmächtigten Angehörigen/ Betreuer auszufüllen)

**CINAR MEDICAL**
PFLEGEHILFSMITTEL

IK NR. 330803820

Versicherte/r:

☐ Herr ☐ Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Hausnummer:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Geburtsdatum:	
Pflegekasse:	Versicherten Nr.:	
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Pflegegrad seit:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

WIRD BENÖTIGT	ZUM VERBRAUCH BESTIMMTE PFLEGEMITTEL	PFLEGEHILFSMITTELPOSITIONSNUMMER
☐	saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
☐	Einmalhandschuhe	54.99.01.0001
☐	Händedesinfektion	54.99.01.0001
☐	Flächendesinfektion	54.99.02.0002
☐	Mundschutz	54.99.01.2001
☐	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
☐	Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002
☐	Fingerlinge	54.99.01.0001

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

BENÖTIGTE STÜCKZAHLEN	PFLEGEMITTEL ZUR KÖRPERPFLEGE/KÖRPERHYGIENE	PFLEGEHILFSMITTELPOSITIONSNUMMER
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (im Wert von 26,16€ p. St.)	51.40.01.4

durch folgenden Leistungsbringer: Cinar Medical, Eberbacher Str. 19, 68259 Mannheim, IK. Nummer 330803820

durch folgenden Leistungsbringer: Cinar Medical, Eberbacher Str. 19, 68259 Mannheim, IK. Nummer 330803820

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 und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie Cinar Medical, Eberbacher Str. 19, 68259 Mannheim, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die Firma Cinar Medical darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an den Dienstleister übermitteln. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen.



Ort, Datum



Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

GENEHMIGUNGSVERMERK DER PFLEGEKASSE

(WIRD VON DER KASSE AUSGEFÜLLT)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter | |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter | |
- Genehmigt werden: (wiederverwendbare Bettschutzeinlagen)

Bitte zurück an die Faxnummer 0621 / 490 79 439 | cinarmedical.de | IK NR. 330803820

Datum _____ IK-Nr. der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift _____



WECHSELERKLÄRUNG Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!
zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



Versicherte/r:

☐ Herr	☐ Frau	Vorname:		Nachname:	
Straße, Hausnummer:				Adresszusatz:	
PLZ:				Ort:	
Telefon:				Geburtsdatum:	
Pflegekasse:				Versicherten Nr:	

BESTÄTIGUNG MEINES PFLEGEHILFSMITTEL-ANBIETERWECHSELS ZU:

Cinar Medical
-HygenBox von Cinar Medical-
Eberbacher Str. 19
68259 Mannheim

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

Cinar Medical
-HygenBox von Cinar Medical-
Eberbacher Str. 19
68259 Mannheim
Telefon 0621-490 79 430
Fax 0621-490 79 439

Dort nehme ich ab dem Monat _____ 202__ den Service der monatlichen „HygenBox“ in Anspruch.
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.



Ort, Datum



Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

DATENSCHUTZHINWEISE

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle

Diese Datenschutzhinweise gelten für uns, Cinar Medical | Inh. : Seref Cinar | Eberbacher Str. 19, 68259 Mannheim | Telefon 0621-490 79 430 Fax 0621-490 79 439 | E-Mail hygenbox@cinarmedical.de | IK NR. 330803820 als verantwortliche Stelle.

2. Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten; Art, Zweck und Verwendung

Wenn Sie uns beauftragen, werden folgende Informationen erhoben:

- Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Kranken-/Pflegekasse, Versicherten-Nummer, Geburtsdatum, Pflegegrad

Außerdem werden alle Informationen erhoben, die für die Erfüllung des Vertrages mit Ihnen notwendig sind.

Zu den erhobenen Daten können auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Art. 9 DSGVO gehören. Dazu zählen z.B. Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie genetische bzw. biometrische Daten oder auch Gesundheitsdaten. Bei Durchführung des Vertrages werden dann in erster Linie z.B. Versicherungsunterlagen, Korrespondenz, ärztliche Bescheinigungen bzw. Befunde o.ä. erhoben. Unter Umständen werden diese Daten mit Ihrer Einwilligung auch bei Dritten angefordert (z.B. beim behandelnden Arzt) oder die Daten werden von Dritten übermittelt (z.B. an die Krankenkasse)

Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt,

- um Sie als Kunden identifizieren zu können; um Sie angemessen beraten zu können; um unsere vertraglichen Pflichten Ihnen gegenüber erfüllen zu können;
- um unseren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen zu können; zur Korrespondenz mit Ihnen; zur Rechnungsstellung bzw. ggf. im Rahmen des Mahnwesens;
- zu Zwecken der zulässigen Direktwerbung; zur Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt anlässlich Ihrer Anfrage bei uns und ist zu den genannten Zwecken für die Bearbeitung Ihres Auftrags und für die Erfüllung von Verpflichtungen aus dem zugrundeliegenden Vertrag erforderlich.

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Kaufleute (6, 8 oder 10 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Vertragsverhältnis beendet wurde,) gespeichert und danach gelöscht. Dies gilt ausnahmsweise nicht, wenn wir aufgrund von steuer- oder handelsrechtlichen Aufbewahrungspflichten (gemäß HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder wenn Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung eingewilligt haben.

3. Weitergabe von Daten an Dritte

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet grundsätzlich nicht statt. Ausnahmen hiervon gelten nur, soweit dies für die Abwicklung von Vertragsverhältnissen mit Ihnen erforderlich ist. Hierzu zählt insbesondere die Weitergabe an von uns beauftragte Dienstleister (sog. Auftrags Verarbeiter oder Abrechnungszentren) oder sonstige Dritte, deren Tätigkeit für die Vertragsdurchführung erforderlich ist (z.B. Pflegekasse, Krankenkasse, Versandunternehmen). Die weitergegebenen Daten dürfen von den Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden.

4. Ihre Rechte als betroffene Person

Ihnen als von der Datenverarbeitung betroffenen Person stehen verschiedene Rechte zu:

- Widerrufsrecht: Von Ihnen erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Die Datenverarbeitung, die auf der widerrufenen Einwilligung beruht, darf dann für die Zukunft nicht mehr fortgeführt werden.
- Auskunftsrecht: Sie können Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. Dies gilt insbesondere für die Zwecke der Datenverarbeitungen, die Kategorien der personenbezogenen Daten, ggf. die Kategorien von Empfängern, die Speicherdauer, ggf. die Herkunft Ihrer Daten sowie ggf. für das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Details.
- Berichtigungsrecht: Sie können die Berichtigung unrichtiger oder die Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen.
- Löschungsrecht: Sie können die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen, soweit deren Verarbeitung nicht zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung: Sie können die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen. Außerdem steht Ihnen dieses Recht zu, wenn wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen. Darüber hinaus haben Sie dieses Recht, wenn Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten eingelegt haben;
- Recht auf Datenübertragbarkeit: Sie können verlangen, dass wir Ihnen Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format übermitteln. Alternativ können Sie die direkte Übermittlung der von Ihnen uns bereitgestellten personenbezogenen Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, soweit dies möglich ist.
- Beschwerderecht: Sie können sich bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren, z.B. wenn Sie der Ansicht sind, dass wir Ihre personenbezogenen Daten in unrechtmäßiger Weise verarbeiten. Die für uns zuständige Behörde ist: Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (<https://datenschutz.hessen.de/service/beschwerde>)

5. Ihr Recht auf Widerspruch

Sofern wir Ihre personenbezogenen Daten auf Basis eines berechtigten Interesses verarbeiten, haben Sie das Recht, Widerspruch gegen diese Verarbeitung einzulegen. Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine Mitteilung in Textform. Sie können uns also gerne anschreiben, ein Fax schicken oder sich per E-Mail an uns wenden. Unsere Kontaktdaten finden Sie unter Punkt 1. dieser Datenschutzhinweise.

6. Datenverarbeitung online

Auch über unsere Internetseite unter www.izybox.de erfolgt die Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten, u.a. der IP-Adresse der Website-Besucher. Ergänzende Datenschutzhinweise finden Sie auf unserer Webseite www.hygenbox.de.

7. Fragen und Kontakt

Ihnen stehen die unter 4. aufgeführten Rechte zu. Bei allen Anliegen zum Datenschutz wenden Sie sich an hygenbox@cinarmedical.de oder den Datenschutzbeauftragten (Kontaktdaten unter 1.)

8. 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.