

Das Lumabox-Formular

Schnell kostenlose Pflegehilfsmittel erhalten.



Die Lumabox enthält Pflegehilfsmittel Ihrer Wahl - zum Beispiel Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe im Wert von 60 € pro Monat.

? Wann haben Sie Anspruch?

1. Sie haben einen Pflegegrad oder pflegen eine Person mit Pflegegrad.
2. Die Pflege findet zu Hause statt.

Wir kümmern uns gerne um alles Weitere.

So einfach funktioniert es:

- 1 Füllen Sie das Lumabox Formular, bestehend aus dem Antrag für die Kostenübernahme Ihrer Pflegekasse und dem Bestellschein für die Versorgung, aus.
Bitte wählen Sie beim Antrag auf Kostenübernahme nur die Artikel aus, die Sie jetzt oder in naher Zukunft benötigen.
Tragen Sie hier mindestens die Artikel aus Ihrer ausgewählten Lumabox ein.
- 2 Senden Sie uns beide Formulareseiten unterschrieben zurück.
Portofrei per Post, per Fax oder per E-Mail.
- 3 **Fertig!**
Wir regeln alles mit Ihrer Pflegekasse.
Nach maximal 6 Wochen erhalten Sie die erste von vielen kostenlosen Lieferungen.



Einfach & Schnell ausgefüllt

Fertig in nur 7 Minuten



Portofrei per Post

Nutzen Sie die frankierten Rückumschläge



Per Fax

0201 82050-988



Per E-Mail

eingescannt an:
lumabox@luttermann.de



Bequemer Rückversand

LM_CC_Lumabox_PG54 Info&Antrag/ Rev 13 04/21

Wir freuen uns, Sie mit unserer Lumabox unterstützen zu können.

Gerne stehen wir Ihnen bei Rückfragen auch unter der Rufnummer **0201/82050-888** zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Lumabox Team

1

Antrag auf Kostenübernahme

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

1.1 Versicherte/r

Denken Sie an Krankenkasse und Versicherungsnummer.

<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon/Mobil:	
PLZ:	Ort:		
E-Mail:		Geburtsdatum:	
Krankenkasse:		Versicherungsnr.:	
Pflegegrad: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/>			

1.2 Antrag auf Kostenübernahme für:

<input type="radio"/>	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.
-----------------------	--

1.3

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="radio"/>	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
<input type="radio"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
<input type="radio"/>	Fingerringe	54.99.01.0001
<input type="radio"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="radio"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="radio"/>	Mundschutz* (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	FFP2 Maske*	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001
<input type="radio"/>	Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.3002

* Hinweis: pro Monatsbestellung kann nur eine Art des Mundschutzes gewählt werden.

1.4 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

<input type="radio"/>	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. (2x jährlich)
-----------------------	--

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

Durch folgenden Leistungserbringer:

Name: Luttermann GmbH	Anschrift: Hindenburgstraße 51-55 - 45127 Essen
Institutionskennzeichen: IK 330511097	Servicenummer: 0201/82050-888

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen werden.

<input type="text"/>

Datum

<input type="text"/>

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer: 0201 82050-988		IK 330511097
<input type="radio"/> PG 54 bis 60,- € monatlich	<input type="radio"/> PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter	<input type="radio"/> PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter
<input type="radio"/> PG 54 bis 30,- € monatlich	<input type="radio"/> PG 51 ohne Zzlg.	<input type="radio"/> PG 51 mit Zzlg.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum	IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift	

2

Bestellformular

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

2.1 Versicherte/r:

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

2.2 Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in):

<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon/Mobil:	
PLZ:	Ort:	E-Mail:	

2.3 Lieferung der Box an:

<input type="radio"/> den Versicherten	<input type="radio"/> den Angehörigen
--	---------------------------------------

2.4 Bitte wählen Sie eine Variante der Lumabox (gewünschte Box ankreuzen):

	Anzahl	Inhalt Box	Größe
<input type="radio"/> 	1x 30 Stk. 1x 100 Stk. 1 Stk. 1 Stk.	Bett-Schutz-Einlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	60 x 90 cm S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> 500 ml 500 ml
<input type="radio"/> 	1x 30 Stk. 2x 100 Stk. 1 Stk.	Bett-Schutz-Einlagen Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel	60 x 90 cm S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> 500 ml
<input type="radio"/> 	2x 25 Stk. 1 Stk. 1 Stk.	Bett-Schutz-Einlagen Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	60 x 90 cm 500 ml 500 ml
<input type="radio"/> 	2x 100 Stk. 1 Stk. 1 Stk.	Einmalhandschuhe Händedesinfektionsmittel Flächendesinfektionsmittel	S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> 500 ml 500 ml
<input type="radio"/> 	1x 100 Stk. 1x 50 Stk.	Schutzschürzen (Einmalgebrauch) Mundschutz (Einmalgebrauch)	
<input type="radio"/>	Zusätzliche wiederverwendbare Bett-Schutz-Einlagen. Ohne Aufpreis bis zu zwei Mal jährlich! Bis zu 300 mal waschbar!		

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)