

**ANTRAGSFORMULAR DER  
KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEBOX  
SWIFTMED**

**Versicherte/r** (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr Vorname	Nachname
Straße & Nr.	PLZ, Ort
Geb- Datum	Pflegegrad vorhanden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

**Ich beantrage die Kostenübernahme**

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ( PG 54 ) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI / Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ( PG 54 )

**PFLEGEBOX 4**

INHALT	Menge	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Medizinische Schutzmasken	10 Stk.	54.99.01.2001
Bettschutzeinlagen	50 Stk.	54.45.01.0001
Schutzschürzen	100 Stück.	54.99.01.3001
Händedesinfektion	500 ML	54.99.02.0001

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
SMB Swift Med Berlin GmbH / Halle 25 / Colditzstraße 33, 12099 Berlin	331108706

**Versicherte/r** (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

**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.**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. Darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Ort/Datum

Unterschrift der / des Versicherten

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse ( von der Pflegekasse auszufüllen )**

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfenberechtigter

SMB Swift Med Berlin GmbH  
Halle 25  
Colditzstraße 33  
12099 Berlin  
+49 30 84717885  
[kontakt@swiftmed.de](mailto:kontakt@swiftmed.de)  
IK-NR: 331108706



**Patientenerklärung zur Wahl des Leistungsbringers /  
Kündigung des bisherigen Leistungsbringers ( falls zutreffend )**



<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr Vorname	Nachname
Straße & Nr.	PLZ, Ort
Geb- Datum	Pflegegrad vorhanden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

### 1, Wahl des Leistungserbringers

a) Falls zutreffend bestätige ich hiermit, die Versorgung durch meinen aktuellen Leistungserbringer bereits gekündigt zu haben und mache somit von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch.

b) Mit sofortiger Wirkung beauftrage ich die Firma SMB Swift Med Berlin GmbH (IK: 331108706, nachfolgend: Versorger genannt) mit der Versorgung mit benötigten Pflegehilfsmitteln entsprechend meinem Anspruch gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) XI.

### 2. Einwilligung Datenweitergabe

Der Versorger verarbeitet meine personenbezogenen Daten zur Abwicklung der Bestellung und zu Abrechnungszwecken. Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung verarbeitet der Versorger meine Daten in anonymer Form. Die Daten werden beim Versorger automatisiert verarbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versorger widerrufen kann.

---

Ort/Datum	Unterschrift der / des Versicherten	ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuers oder des Bevollmächtigten
-----------	-------------------------------------	--

SMB Swift Med Berlin GmbH  
Inhaber: Maryam Aygün &  
Ibrahim El Asmer  
DE336756826

**Anschrift**  
Halle 25  
Colditzstraße 33  
12099 Berlin  
IK-NR: 331108706

**Kontakt**  
+49 30 84717885  
[kontakt@swiftmed.de](mailto:kontakt@swiftmed.de)

---