

1

Bestellformular Pflegebox

pflegebo 

Bitte nicht ausfüllen

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme):

Frau

Herr

Vorname:

Nachname:

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson):

Frau

Herr

Vorname:

Nachname:

Straße, Haus-Nr.:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

Telefon:

Pflegedienst (falls vorhanden):

Name des Pflegedienstes/der Sozialstation:

Straße, Haus-Nr.:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Die Lieferung der Box soll bitte erfolgen an:

den Versicherten

die Pflegeperson

den Pflegedienst

Wählen Sie bitte Ihre Pflegebox (monatlicher Wechsel möglich):

Alle Pflegeprodukte in den Boxen sind zum Verbrauch bestimmt und können aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden.

Pflegebox 1: "Grundpflege"

2x Einmalhandschuhe, 100 St.
1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml
1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml
1x Mundschutz, 50 St.

Bitte ankreuzen

Pflegebox 2: "Inkontinenz"

1x Einmalhandschuhe, 100 St.
1x Handdesinfektionsmittel, 500 ml
1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml
1x Bettschutzeinlagen, 25 St.
1x Mundschutz, 50 St.

Bitte ankreuzen

Pflegebox 3: "Hygiene"

1x Einmalhandschuhe, 100 St.
2x Handdesinfektionsmittel, 500 ml
1x Flächendesinfektionsmittel, 500 ml
1x Mundschutz, 50 St.

Bitte ankreuzen

Handschuhgröße: S M L XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar) hinzufügen

Die von mir getroffene Auswahl der Pflegebox kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der Pflegebox sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner, bei der Pflegebox, hinterlegten personenbezogenen Daten.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

