

Auswahl der CareBox Pflegehilfsmittel



Bitte wählen Sie mit diesem Formular die gewünschte CareBox aus. Sie können aus sechs unterschiedlichen Zusammenstellungen wählen. Jede CareBox enthält Pflegehilfsmittel im Wert von maximal 40 Euro. Sie können sich jederzeit für eine anders zusammengestellte CareBox entscheiden. Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall unter Umständen eine neue Beantragung bei der Pflegekasse eingereicht werden muss. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die kostenfreie Rufnummer 0800 10207010.

Versicherter/Pflegebedürftiger

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Pflegekasse Versichertennummer

.....
Straße PLZ Wohnort

Versichert als:

gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt über Ortsamt/Sozialamt

Angehöriger/Pflegeperson (bitte geben Sie die wichtigste Pflegeperson für uns an Ansprechpartner an)

gesetzlich bevollmächtigt

.....
Name Vorname Status der Pflegeperson

.....
Straße PLZ Wohnort

Bitte nennen Sie uns nach Möglichkeit Ihren Pflegedienst:

.....
Name Telefonnummer

Bitte wählen Sie Ihre CareBox aus:

| | | |
|--|--|---|
| 1 60 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | 2 60 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 150 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei) Größe: S M L | 3 50 Stück Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion 80 Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 150 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei) Größe: M L |
| 4 60 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 500 ml Händedesinfektion | 5 30 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 150 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei) Größe: S M L | 6 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 150 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei) Größe: S M L |

Lieferung

Bitte tragen Sie hier ein, an welchem Wochentag die Lieferung (z.B. jeden ersten Dienstag im Monat) und an wen die Lieferung erfolgen soll:

.....
.....

.....
Ort Datum Unterschrift Versicherter bzw. Bevollmächtigter