



Bestellformular für Pflegehilfsmittel

Versicherte(r) (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

Frau Herr | Vorname: _____ | Nachname: _____

Die Lieferung der Pflegehilfsmittel soll bitte erfolgen an:

<input type="radio"/> den/die Versicherte(n) Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort _____ _____ _____	<input type="radio"/> Pflegeperson Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort _____ _____ _____
---	---

Wählen Sie bitte Ihr Pflegehilfsmittelpaket (monatlicher Wechsel möglich)

<input type="radio"/> Paket 1 1X Einmalhandschuhe, 100 Stück 2X Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2X Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> Paket 2 2X Einmalhandschuhe, 100 Stück 2X Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1X Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> Paket 3 2X Einmalhandschuhe, 100 Stück 1X Handdesinfektionsmittel, 500 ml 2X Flächendesinfektionsmittel, 500 ml
<input type="radio"/> Paket 4 1X Bettschutzeinlagen, 50 Stück 1X Einmalhandschuhe, 100 Stück 1X Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> Paket 5 1X Bettschutzeinlagen, 50 Stück 1X Handdesinfektionsmittel, 500 ml 1X Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	<input type="radio"/> Individuell _____ _____ _____

Handschuhgröße: S M L XL (bei fehlender Größe liefern wir Größe M)

Wenn Sie Schutzschürzen, Mundschutz oder Fingerlinge benötigen sprechen Sie uns bitte an, dann stellen wir Ihnen ein individuelles Paket zusammen.

wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)
Hinweis: Die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen können nur nach vorheriger Genehmigung durch die Pflegekasse 2x jährlich bezogen werden. Soweit keine Befreiung nach §40 Abs.3 Satz5 SGB XI vorliegt, sind hierfür 10% Eigenanteil zu leisten.

Die von mir getroffene Auswahl des Pflegehilfsmittelpaketes kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen teile ich der Marien-Apotheke rechtzeitig mit. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson zur Entgegennahme der Pakete der Marien-Apotheke sowie zur Übermittlung und ggfs. zukünftigen Anpassung meiner bei der Marien-Apotheke hinterlegten personenbezogenen Daten.

Ort, Datum: _____	Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers: _____
----------------------	--

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie uns den Bestellzettel mindestens 1 Tag vor Abholung zukommen zu lassen. Vielen Dank.