

BESTELLFORMULAR FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

gemäß §§ 78 Abs.1 in Verbindung Abs. 2 SGB XI

PFLEGE-SETS

Bitte wählen Sie eins der folgenden Pflege-Sets aus:

Pflege-Sets:	Set 1 <input type="checkbox"/>	Set 2 <input type="checkbox"/>	Set 3 <input type="checkbox"/>	Set 4 <input type="checkbox"/>	Set 5 <input type="checkbox"/>	Set 6 <input type="checkbox"/>	Set 7 <input type="checkbox"/>
Bettenschutz (Einmalg.)	30 Stück	30 Stück	50 Stück	--	--	--	
Handschuhe	100 Stück	2x 100 Stück	100 Stück	2x 100 Stück	100 Stück	100 Stück	
Hände-Desinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	2x 500 ml	500 ml	--	
Flächen-Desinfektion	2x 500 ml	500 ml	500 ml	2x 500 ml	2x 500 ml	2x 500 ml	
Mundschutz	--	--	--	--	50 Stück	50 Stück	
Schürzen (Einmalg.)	--	--	--	--	--	100 Stück	

Fingerlinge _____ Stück Bettenschutz (wiederv.) _____ Stück (max. 3x pro Jahr) Schürzen (wiederv.) _____ Stück

Bitte wählen Sie die Größe für Ihre Handschuhe: S M L Material: Vinyl (Standard) Nitril Latex

Sie möchten ein für Sie individuell erstelltes Pflege-Set oder haben Fragen zu unseren Produkten? Gerne helfen wir Ihnen:

Tel. 0 29 21.16 16 9

BESTELLER

Frau Herr

Tel.-Nr. _____

 Name/Vorname

 Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort)

ANGEHÖRIGER/BETREUER/PRIVATE PFLEGEPERSON

Frau Herr

Tel.-Nr. _____

 Name/Vorname

 Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort)

LIEFERADRESSE

Adresse des Versicherten:

Adresse des Betreuers:

An folgende Adresse:

 Name/Vorname

 Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort)

RECHTLICHER HINWEIS

Die Lieferung des Pflege-Sets erfolgt erst nach Genehmigung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse. Sollte die Pflegekasse die Kosten nicht übernehmen, werden wir Sie diesbezüglich informieren. In diesem Fall haben Sie die Wahl, die Bestellung auf eigene Kosten vorzunehmen oder sie kostenfrei zu stornieren. Sie können die Bestellung jederzeit gegenüber dem Leistungserbringer mit Wirkung für den Folgemonat widerrufen. Sie können jeden Monat neu festlegen, welches Pflege-Set Sie erhalten möchten. Bei Überschreitung des monatlichen Höchstbetrages in Höhe von 40 Euro, bei Beihilfeberechtigten max. 20 Euro pro Monat (§ 40 Abs. 2 SGB XI), haben Sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Sollten Mehrkosten für Sie entstehen, werden wir Sie diesbezüglich informieren. In diesem Fall haben Sie die Wahl, die Mehrkosten selbst zu tragen oder einzelne Artikel aus dem Set kostenfrei zu stornieren. Die Auslieferung und Abrechnung der Pflege-Sets erfolgt durch die COMBIMED – Rats-Apotheke, Rathausstraße 4, 59494 Soest.

BEMERKUNGEN: _____

 Ort/Datum

 Unterschrift (Versicherter/Bevollmächtigter)

