

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet) <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)		
Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung der Pflegestufe erfolgte im		Monat: <input type="text"/> Jahr: <input type="text"/>

Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)		
Pflegeperson ist gesetzlich bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Pflegedienst

Bitte nennen Sie – nach Möglichkeit – den betreuenden Pflegedienst

Name/Adresse Pflegedienst:

Auswahl Pflegepäckchen

Bitte kreuzen Sie das gewünschte Pflegepäckchen an

<input type="checkbox"/>  25 Bettschutzunterlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  100 Einmalhandschuhe 50 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>  50 Bettschutzunterlagen 500 ml Händedesinfektion
<input type="checkbox"/>  75 Bettschutzunterlagen	<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  50 Bettschutzunterlagen 100 Einmalhandschuhe
Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung des Pflegepäckchens soll bitte erfolgen:		
<input type="checkbox"/> an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson	<input type="checkbox"/> an den Pflegedienst

Datum, Ort

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Wir verwenden Ihre Adressdaten, um Sie über unsere Angebote zu informieren und ermöglichen namhaften Partnerunternehmen, Ihnen im Rahmen der werblichen Ansprache Informationen und Angebote zukommen zu lassen. Sie können Ihre Zustimmung dazu jederzeit widerrufen.