

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SaniBox® 1 25 Bettschutzeinlagen 200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion | <input type="checkbox"/> SaniBox® 2 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz 100 Schutzschürzen | <input type="checkbox"/> SaniBox® 3 25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Mundschutz |
| <input type="checkbox"/> SaniBox® 4 75 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe | <input type="checkbox"/> SaniBox® 5 300 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion | <input type="checkbox"/> SaniBox® 6 50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion |

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe S M L XL

Name des Pflegebedürftigen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Versichertennummer: _____

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilferechtigt

Versicherte(r) bezieht: Pflegesachleistung §36 SGB XI (Pflege nur durch ambulanten Pflegedienst)
 Pflegegeld §37 SGB XI (Pflege durch Angehörige oder andere Privatpersonen)
 Kombinationsleistung § 38 SGB XI (Pflege durch Privatpersonen und Pflegedienst)

Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung der Pflegestufe erfolgte im Monat: _____ Jahr: _____

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

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße, Hausnr.: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Pflegeperson ist: Ehe-/ Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r)
 Betreuer(in) Pflegeperson ist als Betreuer gerichtlich bevollmächtigt: ja nein

Pflegedienst

(Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst)

Name des Pflegedienstes: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Empfehlung durch

(Name, Adresse des Kooperationspartners)

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung erfolgt an: die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) Angehöriger/private Pflegeperson den Pflegedienst

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen
 per Post per E-Mail per Telefon erhalten (bitte ankreuzen)

Mit Ankreuzen vorstehender Kästchen und meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon (wie vorstehend ausgewählt) durch die ADVP SaniDepot GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen.

X _____
 (Datum und Unterschrift der/des Versicherten)