

Bestellformular

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGBG XI
Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen



Hand in Hand

Beispiel für Boxen

(Änderungen vorbehalten)

Box 1	
Einmalhandschuhe	100 Stk.
Einmal-Bettschutzauflagen	10 Stk.
Mundschutz	25 Stk.
Händedesinfektion	500 ml

Box 2	
Einmalhandschuhe	100 Stk.
Flächendesinfektion	500 ml
Mundschutz	25 Stk.
Händedesinfektion	500 ml

Box 3	
Einmalhandschuhe	100 Stk.
Einmal-Schutzschürzen	50 Stk.
Händedesinfektion	500 ml

Ich interessiere mich für diese
Pflegehilfsmittel (bitte ankreuzen)

- Einmalhandschuhe
- Einmal-Schutzschürzen
- Einmal-Bettschutzauflagen
- Händedesinfektion
- Flächendesinfektion
- Mundschutz
- Fingerlinge
- Waschbare Bettschutzauflagen
- Einmal-Lätzchen/Schutzserviette

Bitte kontaktieren Sie mich für die
genaue Zusammenstellung meiner
Pflegehilfsmittel-Box

Bitte Handschuhgröße festlegen*

S M L XL

*Wenn nichts angekreuzt ist, werden
Handschuhe in Größe M geliefert

1.1 Versicherte/r

Herr Frau Kunden-Nr. (falls vorhanden) _____

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

1.2 Pflegeperson (bitte die wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer/in eintragen)

Herr Frau

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Mobil _____ E-mail _____

Ehe-/Lebenspartner

Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt

(Schwieger)-tochter/-Sohn

Nicht gesetzlich bevollmächtigt

Sonstiger Angehöriger/Freund

1.3 Pflegedienst (bitte ausfüllen falls zutreffend)

Herr Frau

Name Pflegedienst _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Mobil _____ E-mail _____

1.4 Lieferung der Box an (Bitte unbedingt ausfüllen)

Versicherte/r

Pflegeperson/Betreuung

den Pflegedienst

1.5 Lieferoptionen

Erstbestellung Pflegebox

Lieferantenwechsel ab _____

Abtretungserklärung/Beauftragung/AGB (Zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Pflegehilfsmittel Hand in Hand (Friedrichstrasse 30, 45772 Marl Tel: 02365-38 02 815; Geschäftsführer Filippo Billeci) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an Pflegehilfsmittel Hand in Hand ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch den Pflegehilfsmittel Hand in Hand zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzhinweise (einzusehen unter: <https://pflegehilfsmittel-handinhand.de>) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an info@pflegehilfsmittel-handinhand.de) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzusehen am Ende des Dokuments). Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann dem Pflegehilfsmittel Hand in Hand diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)