

02 Bestellformular Pflegebox

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40
Absatz 2 SGB XI

Versicherte*r:

Bitte ausfüllen

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Name:
--	----------	-------

Angehörige*r

(bzw. die wichtigste private Pflegeperson
oder der*die Betreuer*in):

Bitte ausfüllen

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		Telefon/ Mobil:
PLZ, Ort:		E-Mail:

Pflegedienst (Falls vorhanden):

Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:

Lieferung der Box an:

Bitte ankreuzen

<input type="radio"/> Den Versicherten	<input type="radio"/> Den Angehörigen	<input type="radio"/> Den Pflegedienst
--	---------------------------------------	--

Bitte wählen Sie eine Variante der Pflegebox:

<input type="radio"/>  Pflegebox 1 <ul style="list-style-type: none">50 Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch100 Einmalhandschuhe500ml Händedesinfektion	<input type="radio"/>  Pflegebox 2 <ul style="list-style-type: none">2x100 Einmalhandschuhe500ml Händedesinfektion50 Mundschutz, 3-lagig500 ml Flächendesinfektion				
<input type="radio"/>  Pflegebox 3 Individuelle Zusammenstellung nach Ihren Wünschen Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück: _____ (maximal 3 Produkte auswählen)					
Größe der Einmalhandschuhe <table border="1"><tr><td><input type="radio"/> S</td><td><input type="radio"/> M</td><td><input type="radio"/> L</td><td><input type="radio"/> XL</td></tr></table>		<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> XL
<input type="radio"/> S	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> L	<input type="radio"/> XL		

02 Bestellformular Pflegebox

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40
Absatz 2 SGB XI



- **Zusätzlich: Kostenlose wiederverwendbare
Bettschutzeinlage**

Menge: _____

Unabhängig von den Pflegehilfsmitteln übernimmt Ihre Krankenkasse bis zu 3
wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen im Jahr.

Abtretungserklärung/ Beauftragung

(zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig):

Hiermit beauftrage ich DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch nach § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH zu. Die Datenschutzhinweise (einzusehen unter www.diakovere.de/datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses ist jederzeit möglich. Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten z.B. einer pflegebedürftigen Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.



Datum



Unterschrift Versicherte*r