



## Bestellformular Pflegehilfsmittelbox

vom  
Alltagshilfe-Team

Ihr Alltagshilfe-Team

Zum Hillenwasser 1c  
33014 Bad Driburg

Tel.: 05253 9399018  
Fax: 05253 9399019

### Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße/Nr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Geburtstag:	
Kenn-Nr. Pflegekasse:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:	

### Pflegeperson (Angehörige/r):

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße/Nr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
Telefon:	E-Mail:	

### Pflegedienst (falls vorhanden):

Name des Pflegedienstes:		
Straße/Nr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	

### Die Lieferung der Box soll erfolgen an:

<input type="checkbox"/> den Versicherten	<input type="checkbox"/> die Pflegeperson	<input type="checkbox"/> den Pflegedienst
---	---	---

### Wählen Sie bitte Ihre Pflegehilfsmittelbox (monatlicher Wechsel möglich):

Alle Pflegeprodukte in den Boxen sind zum Verbrauch bestimmt und können aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden.

<input type="checkbox"/> <b>Box 1</b> 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 100 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 250 ml 2x Bettschutzeinlagen, 10 St.	<input type="checkbox"/> <b>Box 2</b> 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Schutzschürzen, 50 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 100 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 250 ml 1x Bettschutzeinlagen, 10 St.	<input type="checkbox"/> <b>Box 3</b> 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Mundschutz, 50 St. 2x Handdesinfektionsmittel, 100 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 250 ml
<input type="checkbox"/> <b>Box 4</b> 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 2x Handdesinfektionsmittel, 100 ml 2x Flächendesinfektionsmittel, 250 ml	<input type="checkbox"/> <b>Box 5</b> 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Schutzschürzen, 50 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 100 ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 250 ml	<input type="checkbox"/> <b>Box 6</b> 2x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Handdesinfektionsmittel, 100 ml 2x Bettschutzeinlagen, 10 St.
<b>Handschuhgröße:</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.		
<input type="checkbox"/> <b>2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)</b>		

Die von mir getroffene Auswahl der Pflegehilfsmittelbox kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich dem Alltagshilfe-Team rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete des Alltagshilfe-Team sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner, bei dem Alltagshilfe-Team, hinterlegten personenbezogenen Daten.



Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters/Betreuers
-------	--