

Bestellformular für Pflegehilfsmittel



Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

Versicherte Person		Pflegerperson	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
<input type="checkbox"/> Diverse		<input type="checkbox"/> Diverse	
Vorname Name		Vorname Name	
Straße/Nr.		Straße/Nr.	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Geburtsdatum	Telefon	Geburtsdatum	Telefon
E-Mail		E-Mail	
Die versicherte Person ist: <input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat versichert*		Die Pflegerperson ist: als Betreuung bevollmächtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

*Privatpersonen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten des Pflegepakets bei ihrer Pflegekasse selbst.

Pflegedienst Straße/Nr. PLZ/Ort

Paket 1	Paket 2	Paket 3
Einmalbettwäscheeinlagen 30 Stk.	Händedesinfektion 1.000 ml	Händedesinfektion 1.000 ml
Händedesinfektion 500 ml	Flächendesinfektion* 500 ml	Flächendesinfektion* 500 ml
Flächendesinfektion* 500 ml	Einmalhandschuhe 100 Stk.	Einmalhandschuhe 200 Stk.
Einmalhandschuhe 100 Stk.	Mund-Nasen-Schutz 50 Stk.	
Paket 4	Paket 5	Paket 6
Händedesinfektion 1.500 ml	Einmalbettwäscheeinlagen 50 Stk.	Einmalbettwäscheeinlagen 75 Stk.
Einmalhandschuhe 200 Stk.	Händedesinfektion 500 ml	Einmalhandschuhe 100 Stk.
	Einmalhandschuhe 100 Stk.	
Paket 7	Paket 8	Paket 9
Einmalbettwäscheeinlagen 90 Stk.	Einmalhandschuhe 400 Stk.	Einmalbettwäscheeinlagen 60 Stk.
		Einmalhandschürze 100 Stk.

Handschuhgröße <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"/> Latexallergie	Lieferadresse Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden: <input type="checkbox"/> Versicherte Person <input type="checkbox"/> Pflegerperson <input type="checkbox"/> Pflegedienst	Kein passendes Pflegepaket gefunden? In unserem Kunden-Service-Center helfen wir Ihnen gerne weiter: Telefon: 0391/505 66 0
---	--	---

*Biozidprodukt vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.

Hinweis
Die versicherte/pflegebedürftige Person hat das Recht selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Für zurückgesendete Pakete erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 9,90 Euro.

Hinweise zum Datenschutz
Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass folgende personenbezogene Daten (Vorname, Nachname, Anschrift) zwecks Ausführung (Versand) meiner Bestellung an den derzeitigen Versandanbieter (welcher zuvor durch die Strehlow GmbH autorisiert wird), übermittelt werden. Name und Anschrift des derzeitigen Versandanbieters erhalten Sie auf telefonische Nachfrage. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Interesse an Informationen
Mit Ankreuzen des vorstehenden Kästchens und meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten per Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die Strehlow GmbH ein. Ihre Daten werden zu Werbezwecken nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Name versicherte/bevollmächtigte Person
(in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift versicherte/bevollmächtigte Person

Bitte denken Sie daran, auch den Antrag auf Kostenübernahme auszufüllen, damit die Kosten für das Pflegepaket bei der Pflegekasse beantragt werden können.