

Bestellformular

VERSICHERTER

 Herr Frau

 Vorname Nachname

 Versicherungsart gesetzlich privat beihilfeberechtigt

PRIVATE PFLEGEPERSON, Z.B. ANGEHÖRIGER

 Vorname Nachname

 Straße Hausnr.

 PLZ Ort

 Telefon E-Mail

PFLEGEDIENST

 Name Pflegedienst Kunden-Nr.

 Straße Hausnr.

 PLZ Ort

 Telefon E-Mail

Ansprechpartner Pflegedienst

 Vorname Nachname

 Telefon E-Mail

LIEFERADRESSE

Bitte liefern Sie meine AssistBOX an:

 an meine eigene Adresse an die obige Adresse meiner Pflegeperson einmalig monatlich

Auswahl AssistBOX Pflegehilfsmittel Produktgruppe (PG 54)

BOX 1	
50 St.	Einmal-Bettschutzeinlagen
100 St.	Nitril-Einmalhandschuhe
500 ml	Händedesinfektion

BOX 2	
50 St.	Einmal-Bettschutzeinlagen
500 ml	Händedesinfektion
500 ml	Flächendesinfektion

BOX 3	
100 St.	Nitril-Einmalhandschuhe
500 ml	Händedesinfektion
50 St.	Mundschutz
100 St.	Schutzschürzen

BOX 4	
2 x 100 St.	Nitril-Einmalhandschuhe
2 x 500 ml	Händedesinfektion
500 ml	Flächendesinfektion

Größe Handschuhe	
S	<input type="checkbox"/>
M	<input type="checkbox"/>
L	<input type="checkbox"/>
XL	<input type="checkbox"/>

Auswahl Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene Produktgruppe (PG 51)

BOX 5	
1 St.	Bettschutzeinlagen, waschbar

Gerne reichen wir den Antrag auf waschbare Bettschutzeinlagen zusätzlich zu BOX 1 - 4 bei Ihrer Krankenkasse zur Genehmigung ein. Bei waschbaren Bettschutzeinlagen kann eine gesetzliche Zuzahlung von 10 % anfallen.

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN (AGB)

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der assist GmbH.

Datum

Ort

Unterschrift