BESTELLFORMULAR PFLEGEHILFSMITTEL

Versicherte(r) (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

● Frau ● Herr	Vorname:	Nachname: .....

Bei gewünschter Lieferung bitte ausfüllen (Servicegebühr 2,95 €)

● an den/die Versicherte(n)	● an die Pflegeperson
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort	Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Wählen Sie Ihre Pflegehilfsmittel (bitte ankreuzen; monatlicher Wechsel möglich):

- ● **Fingerlinge**
- ● **Händedesinfektions-mittel**
- ● **Mundschutz**
- ● **Schutzschürzen (Einmalgebrauch)**
- ● **Einmalhandschuhe**
- ● **Flächendesinfektions-mittel**

Handschuhgröße: ● S ● M ● L ● XL **(bei fehlender Größenangabe versorgen wir mit Größe M)**

- ● **Bettschutzeinlagen (waschbar, wiederverwendbar)**

Hinweis: Die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen können nur nach vorheriger Genehmigung durch die Pflegekasse 2x jährlich bezogen werden. Soweit keine Befreiung nach §40 Abs.3 Satz5 SGB XI vorliegt, sind hierfür 10 % Eigenanteil zu leisten.

Die von mir getroffene Auswahl des Pflegehilfsmittelpaketes kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen teile ich der Hildegardis Apotheke rechtzeitig mit. Bestellungen, die den Erstattungswert der Pflegekasse überschreiten, werden automatisch gekürzt. Ich bevollmächtige die Pflegeperson zur Entgegennahme des Pflegepakets der Hildegardis Apotheke sowie zur Übermittlung und ggfs. zukünftigen Anpassung meiner in der Apotheke hinterlegten personenbezogenen Daten.

Ort, Datum: .....

Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers: .....

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie uns den Bestellzettel mindestens 3 Tage vor Abholung zukommen zu lassen (Mail, Briefkasten oder Abgabe in der Apotheke). Vielen Dank.

Hildegardis Apotheke, Buddestr. 103, 47809 Krefeld; Servicetelefon 02151-541120; info@hildegardis-apotheke.com