

ANTRAGSFORMULAR PFLEGEBOX



**Bundesselbsthilfeverband
für Osteoporose e.V.**

Versicherter

Nachname

Vorname

Geburtsdatum:

Pflegegrad:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Telefonnr.:

E-Mail Adresse:

Betreuer/ Bevollmächtigter/ gesetzlicher Vertreter/ Pflegedienst

Nachname:

Vorname:

(Firma)

Straße/ Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Telefonnr.:

E-Mail Adresse:

Soll die Lieferung nicht an Sie verschickt werden?
Dann geben Sie hier eine abweichende Lieferanschrift an.

Abweichende Lieferadresse

Nachname:

Vorname:

(Firma)

Straße/ Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel – PG54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

Sie sind damit einverstanden, dass wir, die Weles Medizinprodukte GmbH, Gewerbeallee 15-19, 45478 Mülheim an der Ruhr, die von Ihnen zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um Sie über (Pflege)Hilfsmittel, Produkte zur Inkontinenz- und Wundversorgung, Hör-, Seh- und Gehhilfen zu informieren. Ihre Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@weles.eu oder per Post an Weles Medizinprodukte GmbH, 45478 Mülheim an der Ruhr widerrufen.

Sofern Sie die Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgeben, versichern Sie, dass die Dritte Person Sie zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und können uns, der Weles Medizinprodukte GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Um die Abrechnung mit der Krankenkasse und eine lückenlose Versorgung garantieren zu können, benötigen wir noch ein paar Angaben und die Unterschrift der versicherten Person.

Angaben zur Krankenkasse/ Pflegekasse:

gesetzlich versichert privat versichert Amt für Soziales und Wohnen

Krankenkasse

Versichertennummer

Datum der ersten Lieferung

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten und / oder des Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

Ihre Unterschrift in Druckbuchstaben*

*Ja, Sie beauftragen die Weles Medizinprodukte GmbH mit der Lieferung von den von Ihnen ausgewählten Pflegehilfsmitteln. Sie stimmen den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Weles Medizinprodukte GmbH zu und haben die Hinweise zum Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen.

Vollmacht

Besteht bzw. bestand bereits eine Pflegehilfsmittel-Versorgung durch einen anderen Anbieter?

Ja nein

Wenn ja, machen Sie uns bitte Angaben zum bisherigen Anbieter:

Name / Firma

Straße

PLZ / Ort

Hiermit bevollmächtigen Sie die Weles Medizinprodukte GmbH, bestehende Vertragsverhältnisse mit dem vorgenannten Anbieter, welche die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Gegenstand haben, schnellstmöglich aufzuheben, insbesondere eine ordentliche Kündigung auszusprechen sowie sonstige Willenserklärungen in diesem Zusammenhang abzugeben und entgegenzunehmen

Datum, Unterschrift

Bitte vermerken Sie hier die gewünschte Bestellmenge:

PFLEGEBOX 1

<input type="checkbox"/>	25 Stück	Einweg Bettschutzunterlagen
<input type="checkbox"/>	100 Stück	Nitril-Handschuhe
<input type="checkbox"/>	500 ml	Handdesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>	80 Stück	Flächendesinfektionstücher

S M L XL (bitte ankreuzen)

PFLEGEBOX 2

<input type="checkbox"/>	25 Stück	Einweg Bettschutzunterlagen
<input type="checkbox"/>	100 Stück	Nitril-Handschuhe
<input type="checkbox"/>	500 ml	Handdesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>	500 ml	Flächendesinfektionsmittel

S M L XL (bitte ankreuzen)

PFLEGEBOX 3

<input type="checkbox"/>	100 Stück	Nitril-Handschuhe
<input type="checkbox"/>	500 ml	Handdesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>	80 Stück	Flächendesinfektionstücher
<input type="checkbox"/>	50 Stück	Typ IIR Masken

S M L XL (bitte ankreuzen)

PFLEGEBOX 4

<input type="checkbox"/>	100 Stück	Nitril-Handschuhe
<input type="checkbox"/>	500 ml	Handdesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>	6 Stück	FFP2 Masken
<input type="checkbox"/>	50 Stück	Einweg Schutzschürzen

S M L XL (bitte ankreuzen)

PFLEGEBOX 5

<input type="checkbox"/>	100 Stück	Nitril-Handschuhe
<input type="checkbox"/>	500 ml	Handdesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>	80 Stück	Flächendesinfektionstücher
<input type="checkbox"/>	6 Stück	FFP2 Masken

S M L XL (bitte ankreuzen)

ROTATIONSBOX

mit monatlich wechselnden Inhalten

Bitte Handschuhgröße auswählen:
S M L XL (bitte ankreuzen)

Wiederverwendbare Bettschutzunterlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 EUR pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Wiederverwendbare Bettschutzunterlagen (75x85 cm)
Positionsnr. 51 40 014

Stückzahl nach Bedarf: **1 2 3** (bitte ankreuzen)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

Fax 0208 305506066 oder
Mail pflgebox@weles.de oder per Post an:
Weles Medizinprodukte GmbH
Gewerbeallee 15-19
45478 Mülheim a. d. Ruhr



IK-Nr. 590519084

MEDIZINPRODUKTE