

Das Pflegehilfsmittelpaket

Sie haben einen Pflegegrad oder pflegen einen Angehörigen mit Pflegegrad zuhause?

Dann haben Sie gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4) Anspruch auf Kostenübernahme der dafür nötigen Hilfsmittel bis zu 40 € monatlich! Mit unserer Hilfe bekommen Sie ohne viel Aufwand Ihr persönliches Pflegehilfsmittelpaket.

Sie füllen dafür bitte einfach nur das Bestellformular und den Antrag für die Pflegekasse vollständig aus, unterschreiben beides und nutzen für deren Rücksendung an das MEDI - CENTER den **beiliegenden Freiumsschlag.**

Bestellung Ihres Pflegehilfsmittelpakets

<input type="checkbox"/> Paket 1 50 x Bettschutzeinlagen (Einmalg.) 100 x Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> Paket 2 50 x Bettschutzeinlagen (Einmalg.) 2 x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> Paket 3 2 x 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/> Paket 4 2x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 x Mundschutz	<input type="checkbox"/> Paket 5 100 x Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 x Mundschutz	<input type="checkbox"/> Paket 6 - individuell Fragen Sie bei unserem Kundenservice telefonisch unter 0261 - 46091 - 96

Bitte wählen Sie die Größe Ihrer Einmalhandschuhe aus: S M L XL

Kontaktdaten Pflegeperson, z.B. Angehörige(r): Vorname: _____
 Name: _____ Straße/Nr.: _____
 PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Die Lieferung erfolgt bitte an: den/die KundIn den/die Pflegeperson

Ich beauftrage das MEDI - CENTER bis auf Widerruf mit der monatlichen Lieferung der von der Pflegekasse genehmigten Hilfsmittel.

Pflegebedürftige(r) oder Bevollmächtigte(r)

Vorname: _____ Name: _____
 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Kunden-Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____

X

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftige(r) oder Bevollmächtigte(r)