

# 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 42 € 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 Krieger Patientenversorgung GmbH den **beiliegenden Freumschlag**.

Falls Sie dazu Fragen haben, erreichen Sie uns telefonisch unter **0261 / 46091 96** oder per E-Mail: [sanitaetshaus@krieger-gesundheit.de](mailto:sanitaetshaus@krieger-gesundheit.de).

## Bestellung Ihrer Pflegehilfsmittelversorgung

Welche Produkte möchten Sie erhalten?

Wir haben einige Versorgungsvorschläge für Sie zusammengestellt, die wir Ihnen empfehlen können. Sie können die Produkte auch individuell zusammenstellen lassen. Bitte kreuzen Sie Ihre Auswahl an. Sie können Ihre einmal gewählte Produktzusammenstellung jederzeit ändern.

<input type="checkbox"/> <b>Versorgungsvorschlag Inkontinenz</b>  50 Stk Bettschutzeinlagen 100 Stk Einmalhandschuhe 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Versorgungsvorschlag Betthygiene</b>  50 Stk Bettschutzeinlagen 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Versorgungsvorschlag Desinfektion</b>  2x 100 Stk Einmalhandschuhe 2x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/> <b>Versorgungsvorschlag Infektionsschutz</b>  100 Stk Einmalhandschuhe 150 Stk Flächendesinfektionstücher 60 Stk Händedesinfektionstücher	<input type="checkbox"/> <b>Versorgungsvorschlag Hygieneschutz</b>  100 Stk Einmalhandschuhe 2x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Stk Mundschutz	<input type="checkbox"/> <b>individuelle Kombination</b>  Stellen Sie Ihre Versorgung nach Ihren Wünschen und Anforderungen individuell zusammen! Wir beraten Sie gerne: Tel.: 0261 - 46091 - 96

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

Messen Sie zur Bestimmung Ihrer Handschuhgröße den Handteller Ihrer stärkeren Hand mit einem Lineal nach. Legen Sie das Lineal dazu zwischen Daumen und Zeigefinger an und lesen Sie an der breitesten Stelle ab: S - 7cm; M - 8cm; L - 9cm; XL - 10cm

### Kontaktdaten Pflegeperson, z.B. Angehörige/r:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

Die Lieferung erfolgt bitte an:  den Kunden  die Pflegeperson

Ich beauftrage das Krieger Patientenversorgung GmbH 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**