

Ihr Bestellformular für die kostenlose Lieferung
Ihrer Pflegehilfsmittel

gem. §78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI



... von Ihrer ärztegenossenschaft ägnw eG

Daten der/des Patientin/en

Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. / E-Mail: _____

Daten der Pflegeperson/Betreuer:

Frau Herr ist als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt (Kopie der Vollmacht erforderlich)

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. / E-Mail: _____

Pflegedienst:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. / E-Mail: _____

Auswahl des Pflegehilfsmittelpakets:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paket 1
Bettschutzeinlage, 25 ST
Einmalhandschuhe*, 200 ST
Händedesinfektion, 500 ml
Flächendesinfektion, 500 ml | <input type="checkbox"/> Paket 2
Einmalhandschuhe*, 200 ST
Händedesinfektion, 1 l
Flächendesinfektion, 500 ml | <input type="checkbox"/> Paket 3
Bettschutzeinlagen, 50 ST
Einmalhandschuhe*, 100 ST
Händedesinfektion, 500 ml | <input type="checkbox"/> Paket 4
Einmalhandschuhe*, 300 ST
Händedesinfektion, 500 ml
Flächendesinfektion, 500 ml |
| <input type="checkbox"/> Paket 5
Bettschutzeinlagen, 75 ST
Einmalhandschuhe*, 100 ST | <input type="checkbox"/> Paket 6
Einmalhandschuhe*, 100 ST
Mundschutz, 50 ST
Flächendesinfektion, 1 l
Schürzen, 100 ST | <input type="checkbox"/> Paket 7
Einmalhandschuhe*, 100 ST
Händedesinfektion, 1 l
Schürzen, 100 ST | <input type="checkbox"/> Paket 8
Einmalhandschuhe*, 100 ST
Händedesinfektion, 500 ml
Flächendesinfektion, 500 ml
Schürzen, 100 ST |

* Bitte wählen Sie Ihre Handschuhgröße: S M L XL

Lieferung des Pakets:

Eigene Adresse Betreuer Pflegedienst

Ort/Datum

Unterschrift Patient / Betreuer