



Boxenwahl

für den monatlichen Bedarf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gem. §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI

1. Versicherte/r

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer		PLZ, Ort

2. Boxenauswahl

 <input type="checkbox"/> Box 1 <ul style="list-style-type: none">▪ Einmalhandschuhe, 300 Stk.▪ Händedesinfektion, 500 ml▪ Flächendesinfektion, 500 ml	 <input type="checkbox"/> Box 4 <ul style="list-style-type: none">▪ Einweg-Bettschutz, 75 Stk.▪ Einmalhandschuhe, 50 Stk.
 <input type="checkbox"/> Box 2 <ul style="list-style-type: none">▪ Einweg-Bettschutz, 25 Stk.▪ Einmalhandschuhe, 200 Stk.▪ Händedesinfektion, 500 ml▪ Flächendesinfektion, 500 ml	 <input type="checkbox"/> Box 5 <ul style="list-style-type: none">▪ Einweg-Bettschutz, 50 Stk.▪ Einmalhandschuhe, 200 Stk.
 <input type="checkbox"/> Box 3 <ul style="list-style-type: none">▪ Einmalhandschuhe, 200 Stk.▪ Händedesinfektion, 1000 ml▪ Flächendesinfektion, 500 ml	 <input type="checkbox"/> Box 6 – Individuell:
Handschuhe bitte in folgender Grösse liefern: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> Wiederverwendbare Bettschutzauflage (gem. Pflegegesetz §51)

3. Lieferoptionen

Die Box wird bis auf Widerruf oder Kündigung an die angegebene Adresse gesendet. Es besteht die Möglichkeit den Inhalt der Box monatlich zu ändern.

Ich möchte meine Box direkt an meine Adresse geliefert bekommen

Hiermit erteile ich die Vollmacht zur Annahme meiner Lieferung an:

Vorname	Nachname	Telefon
Strasse, Hausnummer		PLZ, Ort

Datum und Unterschrift des/r Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten