

Bestellformular Pflegebox

Bitte wählen Sie aus unseren 6 Pflegeboxen eine Variante aus.

STERIZAR GmbH
Am Winkelstück 25b
D-2110 Schwerte
Tel.: 0212-3804802

IK: 590 685 235

info@sterizarbox.de



1 Bitte gewünschte STERiBOX ankreuzen.

Bitte wählen Sie: einfache STERiBOX Wählen Sie 1 Box Rotierende STERiBOX Wählen Sie 2 Boxen

2 Bitte Handschuhgröße auswählen.

ACHTUNG:
Wenn nichts anderes angekreuzt wird, liefern wir Handschuhe in Größe M.

S (Small) M (Medium) L (Large) XL (Extra Large)

3 Bitte persönliche Daten und Lieferinformationen ausfüllen.

Versicherte(r) Frau Divers Herr

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail, Telefon

Versicherte/r ist gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt

Pflegekasse Pflegegrad 1 2 3 4 5

Kundennummer (falls vorhanden) kein Pflegegrad

Versicherte/r bezieht Pflegesachleistung Pflegegeld Kombi-Leistung befreit von gesetzl. Zuzahlungen

Pflegeperson

Herr Ehe-/Lebenspartner/in (Schwieger-)Tochter/Sohn
 Frau Mutter/Vater Freund/in / Bekannte/r
 Divers Bevollmächtigte/r Betreuer/in

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail, Telefon

Pflegedienst

Name
Pflegedienst

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail, Telefon

Lieferadresse

Angehörige/r Pflegedienst

Rechnungsadresse

Versicherte/r Angehörige/r

Pflegebedürftige/r oder Betreuer/in Datum, Ort Unterschrift

Um die kostenlose Pflegebox dauerhaft zu erhalten, muss die Pflegekasse meinen Antrag auf Kostenübernahme der Pflegehilfsmittel genehmigen. Bei Widerruf der Genehmigung durch die Pflegekasse steht es der STERIZAR GmbH frei, die Zusendung des Pflegepakets einzustellen. Die Pflegekasse übernimmt bis zu 40 € monatlich, wodurch keine Kosten für mich entstehen. Der Inhalt meines Pflegepakets kann neu bestimmt werden, sofern ich der STERIZAR GmbH meinen Änderungswunsch mindestens 5 Werktage vor Versand telefonisch oder per E-Mail mitteile. Die Pflegeboxen 1-6 sind auf einen Gesamtpreis von 40 € abgestimmt. Die STERIZAR GmbH garantiert, dass mir keine Kosten oder Gebühren entstehen, sofern der Pflegebox-Inhalt den Wert von 40 € nicht überschreitet. Die Kündigung der Pflegebox ist 14 Tage vor Monatsende in schriftlicher Form, auch per E-Mail, vorzunehmen.

STERiBOX Nr.1

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
25 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Schutzschürzen
100 Stück Einmalhandschuhe

STERiBOX Nr.2

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
40 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Einmalhandschuhe

STERiBOX Nr.3

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 Stück Med. Mundschutze
25 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Einmalhandschuhe

STERiBOX Nr.4

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
3 Stück FFP2-Masken
25 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Schutzschürzen
100 Stück Einmalhandschuhe

STERiBOX Nr.5

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
25 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Schutzschürzen
200 Stück Einmalhandschuhe

STERiBOX Nr.6

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 Stück Bettschutzeinlagen
100 Stück Einmalhandschuhe

STERiBOX individuell

Ich möchte Pflegehilfsmittel selbst zusammenstellen. Bitte rufen Sie mich an unter der Telefonnummer:

Antrag auf Kostenübernahme

für Pflegehilfsmittel

Versorgung der/ des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

1.

Bitte **persönliche Daten** Versicherte(r)
ausfüllen.

Herr

Frau

Divers

Pflegekasse

Versicherten-Nr.

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail, Telefon

Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

2.

Bitte **ankreuzen**

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. 40 € monatlich. Die Pflegeboxen 1 bis 6 sind genau auf die 40 € abgestimmt und sind somit für mich kostenfrei. Bei einem Anspruch auf Beihilfe bis max. 20 € monatlich werden die darüber hinausgehenden Kosten von mir selbst getragen.

Bitte **ankreuzen**

Produktbezeichnung

Positionsnummer

Händedesinfektionsmittel

54.99.02.0001

Flächendesinfektionsmittel

54.99.02.0002

Med. Mundschutz Typ 2R

54.99.01.2001

FFP2-Maske

54.99.01.2001

Saugende Bettschutzeinlage 60x90 (Einmalgebrauch)

54.45.01.0001

Schutzschürzen wasserfest (Einmalgebrauch)

54.99.01.3001

Med. Einmalhandschuhe

54.99.01.1001

Ich beauftrage die STERiZAR GmbH mit der Lieferung der o. g. Pflegehilfsmittel und der direkten Kostenabrechnung mit der Pflegekasse und bitte darum, die Firma STERiZAR GmbH mit Eingang dieses Antrages als meinen künftigen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel zu vermerken. Meinen bisherigen Lieferanten, sofern vorhanden, bitte ich umgehend zu streichen. Zum Zwecke der Leistungserbringung ermächtige ich die STERiZAR GmbH, meine Daten zu nutzen. Die aufgeführten Pflegehilfsmittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Die Hilfsmittel werden ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet (nicht durch Pflegedienst zu verwenden). Änderungen des Bedarfs werde ich unverzüglich mitteilen.

3.

Datum & Unterschrift

Datum, Ort

Unterschrift/Stempel

Von der Pflegekasse auszufüllen

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis 40 € monatl.

PG 51 mit Zahlungen

PG 51 mit Zahlungen/ Beihilfeberechtigte/r

PG 54 bis 20 € monatl.

PG 51 ohne Zahlungen

PG 51 ohne Zahlungen/ Beihilfeberechtigte/r

Datum, Ort

IK-Nr. Pflegekasse

Unterschrift/Stempel

IK-Nr. STERiZAR GmbH 590508285