

## Bestellung zur kostenlosen Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

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

**Versicherte/r** (Pflegebedürftige/r):

Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Bitte wählen Sie EIN Pflegepaket gratis:** (Bitte kreuzen Sie an.)

<input type="checkbox"/> <b>Paket 1</b> Bettwäscheeinlagen, 25 St Einmalhandschuhe*, 100 St Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml Schutzschürzen, 100 St	<input type="checkbox"/> <b>Paket 2</b> Schutzschürzen, 100 St Einmalhandschuhe*, 100 St Mundschutz, 50 St Flächendesinfektion, 500 ml Händedesinfektion, 500 ml	<input type="checkbox"/> <b>Paket 3</b> Bettwäscheeinlagen, 50 St Einmalhandschuhe*, 200 St Händedesinfektion, 500 ml
<input type="checkbox"/> <b>Paket 4</b> Bettwäscheeinlagen, 75 St Schutzschürzen, 100 St	<input type="checkbox"/> <b>Paket 5</b> Einmalhandschuhe*, 200 St Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml Schutzschürzen, 100 St	<input type="checkbox"/> <b>Paket 6</b> Bettwäscheeinlagen, 50 St Einmalhandschuhe*, 100 St Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml
<input type="checkbox"/> <b>Individuelles Paket</b> _____ _____		
<b>*Einmal-Handschuhe bitte in Größe:</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		
<b>Bettwäschauflagen, waschbar (PG 51):</b> <input type="checkbox"/>		

**Pflegeperson** (z.B. Angehörige/r):

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Pflegeperson ist:  Ehe-/Lebenspartner/in  Tochter/Sohn  Mutter/Vater  \_\_\_\_\_

**Die Belieferung des Pflegepaketes soll erfolgen an:** (Bitte kreuzen Sie an.)

die/den Versicherte/n (Pflegebedürftige/n)  die Pflegeperson

**Information:** Mein Antrag auf Kostenübernahme der Pflegemittel muss von meiner Pflegekasse genehmigt werden, nur dann kann ich das kostenlose Pflegepaket dauerhaft erhalten. Sollte die Pflegekasse die Bewilligung widerrufen, kann myCARE e.K. die Zusendung umgehend beenden. Ich kann den Inhalt meines Pflegepaketes jeden Monat neu auswählen. Meinen Änderungswunsch teile ich myCARE e.K. rechtzeitig per Telefon, Post oder E-Mail mit. Wir garantieren, dass Ihnen keinerlei Gebühren/Kosten entstehen, die nicht von der Pflegekasse übernommen werden. Zudem gehen Sie keinerlei Verpflichtungen ein. Das Pflegepaket kann monatlich zum Monatsende gekündigt werden.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Pflegebedürftige/r oder Bevollmächtigte/r