

ANTRAGSFORMULAR PFLEGEBOX



HORIZONT Homecare

Versicherter

Nachname

Vorname

Geburtsdatum:

Pflegegrad:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Telefonnr.:

E-Mail Adresse:

Betreuer/ Bevollmächtigter/ gesetzlicher Vertreter/ Pflegedienst

Nachname:

Vorname:

(Firma)

Straße/ Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Telefonnr.:

E-Mail Adresse:

Soll die Lieferung nicht an Sie verschickt werden?
Dann geben Sie hier eine abweichende Lieferanschrift an.

Abweichende Lieferadresse

Nachname:

Vorname:

(Firma)

Straße/ Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel – PG54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

Sie sind damit einverstanden, dass wir, die Weles Medizinprodukte GmbH, Gewerbeallee 15-19, 45478 Mülheim an der Ruhr, die von Ihnen zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um Sie über (Pflege)Hilfsmittel, Produkte zur Inkontinenz- und Wundversorgung, Hör-, Seh- und Gehhilfen zu informieren. Ihre Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@weles.eu oder per Post an Weles Medizinprodukte GmbH, 45478 Mülheim an der Ruhr widerrufen.

Sofern Sie die Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgeben, versichern Sie, dass die Dritte Person Sie zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und können uns, der Weles Medizinprodukte GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Um die Abrechnung mit der Krankenkasse und eine lückenlose Versorgung garantieren zu können, benötigen wir noch ein paar Angaben und die Unterschrift der versicherten Person.

Angaben zur Krankenkasse/ Pflegekasse:

gesetzlich versichert privat versichert

Krankenkasse

Versichertennummer

Datum der ersten Lieferung

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten und / oder des Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

Ihre Unterschrift in Druckbuchstaben*

*Ja, Sie beauftragen die Weles Medizinprodukte GmbH mit der Lieferung von den von Ihnen ausgewählten Pflegehilfsmitteln. Sie stimmen den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Weles Medizinprodukte GmbH zu und haben die Hinweise zum Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen.

Vollmacht

Besteht bzw. bestand bereits eine Pflegehilfsmittel-Versorgung durch einen anderen Anbieter?

Ja nein

Wenn ja, machen Sie uns bitte Angaben zum bisherigen Anbieter:

Name / Firma

Straße

PLZ / Ort

Hiermit bevollmächtigen Sie die Weles Medizinprodukte GmbH, bestehende Vertragsverhältnisse mit dem vorgenannten Anbieter, welche die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Gegenstand haben, schnellstmöglich aufzuheben, insbesondere eine ordentliche Kündigung auszusprechen sowie sonstige Willenserklärungen in diesem Zusammenhang abzugeben und entgegenzunehmen

Datum, Unterschrift

Bitte vermerken Sie hier die gewünschte Bestellmenge:

AMASANA BOX 1

25 Stück	Einweg Bettschutzunterlagen
100 Stück	Nitril-Handschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL (bitte ankreuzen)
500 ml	Handdesinfektionsmittel
80 Stück	Flächendesinfektionstücher

AMASANA BOX 2

25 Stück	Einweg Bettschutzunterlagen
100 Stück	Nitril-Handschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL (bitte ankreuzen)
500 ml	Handdesinfektionsmittel
500 ml	Flächendesinfektionsmittel

AMASANA BOX 3

100 Stück	Nitril-Handschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL (bitte ankreuzen)
500 ml	Handdesinfektionsmittel
80 Stück	Flächendesinfektionstücher
50 Stück	Typ IIR Masken

AMASANA BOX 4

100 Stück	Nitril-Handschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL (bitte ankreuzen)
500 ml	Handdesinfektionsmittel
6 Stück	FFP2 Masken
50 Stück	Einweg Schutzschürzen

AMASANA BOX 5

100 Stück	Nitril-Handschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL (bitte ankreuzen)
500 ml	Handdesinfektionsmittel
80 Stück	Flächendesinfektionstücher
6 Stück	FFP2 Masken

ROTATIONSBOX

mit monatlich wechselnden Inhalten

Bitte Handschuhgröße auswählen:
 S M L XL (bitte ankreuzen)

Wiederverwendbare Bettschutzunterlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 EUR pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Wiederverwendbare Bettschutzunterlagen (75x85 cm)

Positionsnr. 51 40 014

Stückzahl nach Bedarf: 1 2 3 (bitte ankreuzen)

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

Fax 0208 305506066 oder

Mail pfegebox@weles.de oder per Post an:

Weles Medizinprodukte GmbH

Gewerbeallee 15-19

45478 Mülheim a.d. Ruhr



IK-Nr. 590519084

MEDIZINPRODUKTE