

1

Bestellformular



Zur Versorgung des Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

1.1 Versicherte/r:

Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon.Nr.:
PLZ, Ort:			

1.2 Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson zu Kontaktzwecken im Rahmen der Leistungserbringung):

Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon.Nr.:
PLZ, Ort:			E-Mail:

1.3 Pflegedienst (falls vorhanden):

Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:

1.4 Lieferung der Box:

<input type="checkbox"/> an den Versicherten	<input type="checkbox"/> an die Pflegeperson	<input type="checkbox"/> an den Pflegedienst
--	--	--

1.5 Auswahl der Box:

	Desinfektion	Hygiene	Schutz
Bettenschutz Einweg, 50 Stück			
Händedesinfektion, 500 ml	2 x		
Mundschutz, 50 Stück			
Flächendesinfektion, 500 ml	2 x		
Schürzen Einweg, 100 Stück			
Einmalhandschuhe 100 St.	Größe: S M L XL Variante: Latex Vinyl Nitril	2 x	

1.6 Wiederverwendbare Bettstutzeinlagen (75 x 85 cm) (Wenn Sie nicht befreit sind, fällt eine Rezeptgebühr in Höhe von 10% an)

Stückzahl (nach Bedarf):	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
--------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Ich habe die AGB (www.impulsebox.de/datenschutzerklaerung/) zur Kenntnis genommen.

Ich stimme den Datenschutzhinweisen sowie der Verarbeitung meiner Daten sowie meiner Angaben zu Pflegegrad und Pflege/Krankenkasse zu Bearbeitungs- und Beratungszwecken und der Kontaktaufnahme per Telefon und E-Mail zu. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

1.1 Persönliche Daten des Versicherten.

1.2 Persönliche Daten der Angehörigen, Pflegeperson oder des Betreuers

1.3 Angaben zum betreuenden Pflegedienst (sofern vorhanden)

1.4 Bitte markieren Sie den Empfänger der ImpulseBox. Wenn die Lieferung an einen Pflegedienst erfolgen soll, senden Sie uns bitte die Empfangsvollmacht (im Anhang) ausgefüllt und unterschrieben mit.

1.5 Bitte geben Sie die benötigte Menge für jedes Produkt an. Wir stellen dann für Sie eine passende Box zusammen, die im Rahmen der Pauschale liegt. Falls nötig, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung. Sie können die Zusammenstellung der Box später jederzeit unter impulsebox.de/konto, per E-Mail, Telefon, Fax oder Post ändern.

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Handschuhgröße. Die Handschuhe werden standardmäßig in Latex geliefert.

1.6 Bitte markieren Sie, falls Sie zusätzlich kostenlos wiederverwendbare Bettschutzeinlagen erhalten möchten.

1

Bestellformular

Zur Versorgung des Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!



1.1 Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon.Nr.:	
PLZ, Ort:			

1.2 Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson zu Kontaktzwecken im Rahmen der Leistungserbringung):

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon.Nr.:	
PLZ, Ort:		E-Mail:	

1.3 Pflegedienst (falls vorhanden):

Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:

1.4 Lieferung der Box:

an den Versicherten
 an die Pflegeperson
 an den Pflegedienst

1.5 Auswahl der Box:

	<input type="checkbox"/> Desinfektion	<input type="checkbox"/> Hygiene	<input type="checkbox"/> Schutz
Bettschutz Einweg, 50 Stück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion, 500 ml	2 x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschutz, 50 Stück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion, 500 ml	2 x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schürzen Einweg, 100 Stück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe 100 St.	2 x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Größe: S M L XL
 Variante: Latex Vinyl Nitril

1.6 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm) (Wenn Sie nicht befreit sind, fällt eine Rezeptgebühr in Höhe von 10% an)

Stückzahl (nach Bedarf): 1 2 3 4

Ich habe die AGB (www.impulsebox.de/datenschutzerklaerung/) zur Kenntnis genommen.
 Ich stimme den Datenschutzhinweisen sowie der Verarbeitung meiner Daten sowie meiner Angaben zu Pflegegrad und Pflege/Krankenkasse zu Bearbeitungs- und Beratungszwecken und der Kontaktaufnahme per Telefon und E-Mail zu. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

✓ Datum

✓ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

ImpulseBox eine Marke der Impulse Distribution GmbH | Möckernstraße 31 | 30163 Hannover | Registergericht: HRB; Registernummer: 61614; Geschäftsführer André Stenzel IK #330302458 Tel: 0511 9999 4 270 | Fax 0511 9999 4 279 | E-Mail: info@impulsebox.de

Datum und Unterschrift nicht vergessen.

ImpulseBox eine Marke der Impulse Distribution GmbH | Möckernstraße 31 | 30163 Hannover | Registergericht: HRB; Registernummer: 61614; Geschäftsführer André Stenzel IK #330302458 Tel: 0511 9999 4 270 | Fax 0511 9999 4 279 | E-Mail: info@impulsebox.de