

Bestellformular Sanicura-Pflegebox

ANGABEN ZUM VERSICHERTEN

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kundennummer (falls vorhanden): _____ Geburtsdatum: _____

Diese Adresse als Lieferadresse verwenden.

ANGABEN ZUR PFLEGEPERSON

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zum Versicherten: Ehe-/Lebenspartner Tochter/Sohn Verwandte/r Bekannte/r

Anmerkungen: _____

Diese Adresse als Lieferadresse verwenden.

WÄHLEN SIE IHRE SANICURA - PFLEGEBOX (MONATLICHER WECHSEL MÖGLICH)

Sanicura-Pflegebox I

2x Bettschutzeinlagen, je 25 Stück
 1x Händedesinfektion, 500 ml
 1x Flächendesinfektion, 500 ml
 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück

Sanicura-Pflegebox II

2x Flächendesinfektion, je 500 ml
 1x Mundschutz, 50 Stück
 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück
 1x Schutzschürzen, 100 Stück

Sanicura-Pflegebox III

2x Händedesinfektion, je 500 ml
 2x Flächendesinfektion, je 500 ml
 2x Einmalhandschuhe, je 100 Stück

Sanicura-Pflegebox IV

1x Händedesinfektion, 500 ml
 2x Flächendesinfektion, je 500 ml
 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück
 1x FFP2 Masken, 20 Stück
 1x FFP2 Masken, 20 Stück

Sanicura-Pflegebox V

1x Bettschutzeinlagen, 25 Stück
 1x Händedesinfektion, 500 ml
 1x Flächendesinfektion, 500 ml
 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück
 1x Mundschutz, 50 Stück

Sanicura-Pflegebox VI

1x Bettschutzeinlagen, 25 Stück
 1x Händedesinfektion, 500 ml
 1x Flächendesinfektion, 500 ml
 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück
 1x FFP2 Masken, 20 Stück

Größe der Einmalhandschuhe: S M L XL

 Ort, Datum



 Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

FÜR PFLEGEHILFSMITTEL (gemäß § 78 Abs. 1 i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB XI)

VERSICHERTE/R (vom Versicherten /Vertreter / Betreuer auszufüllen) Bitte nur diesen Bereich ausfüllen.

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße, Hausnummer:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Geburtsdatum:		Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegekasse:		Versichertennummer:	

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden. Ferner bestätige ich, dass die Pflegehilfsmittel dauerhaft benötigt werden und Änderungen sofort von mir mitgeteilt werden. Ich beauftrage die Sanicura Medical GmbH mit der regelmäßigen und versandkostenfreien Belieferung und mit der Abrechnung direkt über meine Pflegekasse. Meine Daten dürfen dabei von der Sanicura Medical GmbH und den dort beauftragten Partnern zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

Ort, Datum



Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME (zur Vereinfachung für Sie schon ausgefüllt)

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (Produktgruppe 54) bis max. 40,00 Euro bzw. bei Beihilfeberechtigten bis max. 15,50 Euro monatlich. Darüber hinaus entstehende Mehrkosten bezahle ich selbst, welche jedoch i.d.R. nicht anfallen (Nur wenn der Wert 40,00 Euro übersteigt.). Bei den Sanicura - Pflegeboxen 1 – 6 fallen keine Kosten an.

Artikel	Packungsinhalt	werden benötigt	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug einer Zuzahlung von zehn von Hundert (10%), soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	51.40.01.4900
--	--------	-------------------------------------	---------------

GENEHMIGUNGSVERMERK DER PFLEGEKASSE (von der Pflegekasse auszufüllen)

Sanicura Medical GmbH IK-Nr.: 331404395

<input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 Euro monatlich	<input type="checkbox"/> PG 54 bis 15,50 Euro monatlich (beihilfeberechtigt)	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung (beihilfeberechtigt)
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung (beihilfeberechtigt)	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung

IK der Pflegekasse



Datum, Stempel oder Unterschrift der Pflegekasse

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN FÜR DIE BESTELLUNG DER SANICURA - PFLEGEBOX



WAS BEWIRKT DAS FORMULAR?

Mit dem „Bestellformular Sanicura-Pflegebox“ bestellen Sie Ihre persönlich zusammengestellte Hilfsmittelbox mit den für Sie passenden Produkten, die wir Ihnen monatlich zusenden.

WER MUSS DAS FORMULAR AUSFÜLLEN?

Dieses Formular muss entweder von der gepflegten Person selbst oder von der bevollmächtigten pflegenden Person ausgefüllt werden.

WOHIN SOLL DAS FORMULAR GESCHICKT WERDEN?

Bitte senden Sie das Formular nach dem Ausfüllen an: **Sanicura Medical GmbH, Weissacher Str. 10, 01623 Lommatsch** oder per Fax an **035241-82 42 26**.

Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten der/ des Versicherten ein.

Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten der pflegenden Person ein.

Bitte wählen Sie hier eine der 6 Sanicura Medical - Pflegeboxen und kreuzen Sie die benötigte Handschuhgröße an.

Bitte tragen Sie hier das aktuelle Datum ein und unterschreiben Sie das Bestellformular.

BESTELLMFORMULAR SANICURA-PFLEGEBOX

ANGABEN ZUM VERSICHERTEN

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Kundennummer (falls vorhanden): _____ Geburtsdatum: _____

Diese Adresse als Lieferadresse verwenden.

ANGABEN ZUR PFLEGEPERSON

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beziehung zum Versicherten: Ehe-/Lebenspartner Tochter/Sohn Verwandte/r Bekannte/r

Anmerkungen: _____

Diese Adresse als Lieferadresse verwenden.

WÄHLEN SIE IHRE Sanicura-HILFSMITTELBOX (MONATLICHER WECHSEL MÖGLICH)

<input type="checkbox"/> Sanicura-Pflegebox I 2x Bettschutzeinlagen, je 25 Stück 1x Händedesinfektion, 500 ml 1x Flächendesinfektion, 500 ml 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück	<input type="checkbox"/> Sanicura-Pflegebox II 2x Flächendesinfektion, je 500 ml 1x Mundschutz, 50 Stück 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück 1x Schutzschürzen, 100 Stück	<input type="checkbox"/> Sanicura-Pflegebox III 2x Händedesinfektion, je 500 ml 2x Flächendesinfektion, je 500 ml 2x Einmalhandschuhe, je 100 Stück
<input type="checkbox"/> Sanicura-Pflegebox IV 1x Händedesinfektion, 500 ml 2x Flächendesinfektion, je 500 ml 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück 1x FFP2 Masken, 20 Stück 1x FFP2 Masken, 20 Stück	<input type="checkbox"/> Sanicura-Pflegebox V 1x Bettschutzeinlagen, 25 Stück 1x Händedesinfektion, 500 ml 1x Flächendesinfektion, 500 ml 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück 1x Mundschutz, 50 Stück	<input type="checkbox"/> Sanicura-Pflegebox VI 1x Bettschutzeinlagen, 25 Stück 1x Händedesinfektion, 500 ml 1x Flächendesinfektion, 500 ml 1x Einmalhandschuhe, 100 Stück 1x FFP2 Masken, 20 Stück

Größe der Einmalhandschuhe: S M L XL

Ort, Datum _____ _____
Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

Sanicura Medical GmbH | Weissacher Str. 10 • 01623 Lommatsch • T: 035241-82 42 24* • F: 035241-82 42 26
*zum Ortstarif

AUSSCHNEIDEN UND AUFKLEBEN

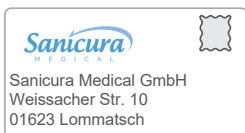


Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

Sanicura Medical GmbH
Weissacher Str. 10
01623 Lommatsch

SENDEN SIE UNS IHRE ANTRÄGE KOSTENFREI ZU:



- ▶ Den Antrag und das Bestellformular ausfüllen.
- ▶ Die Kuvertvorlage ausschneiden und auf einen Briefumschlag kleben.
- ▶ Den Umschlag inklusive des Antrags und des Bestellformulars abschicken.
Das Porto übernehmen wir selbstverständlich für Sie!

Alternativ können Sie uns die ausgefüllten Formulare auch eingescannt per E-Mail zurücksenden:



Per E-Mail:
info@sanicura-
medical.de

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

Kein Problem, wir helfen Ihnen gerne weiter! Rufen Sie uns jetzt an: 035241 82 42 24*