1 Bestellformular Kaiser Cares Pflegebox

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Kaiser Cares GmbH
all about health & care

Telefon +49 (0) 280 33089990
Telefax +49 (0) 280 33089998
info@kaisercares.de

Kunden-Nummer:

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

☐ Frau
☐ Herr

Vorname: Nachname:

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson)

☐ Frau
☐ Herr

Vorname: Nachname:

Straße, Haus-Nr.: Adresszusatz:

PLZ/Ort:

E-Mail: Telefon/Mobil: Fax:

Pflegedienst (falls vorhanden)

Name des Pflegedienstes/der Sozialstation: Ansprechpartner:

PLZ/Ort, Straße, Haus-Nr.:

E-Mail: Telefon/Mobil: Fax:

Die Lieferung der Kaiser Cares Pflegebox soll bitte erfolgen an

☐ den Versicherten ☐ die Pflegeperson ☐ den Pflegedienst

Wählen Sie bitte Ihre Kaiser Cares Pflegebox (monatlicher Wechsel möglich)

Alle Pflegeprodukte in den Boxen sind zum Verbrauch bestimmt und können aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden.

☐ **Kaiser Cares Pflegebox 1** 50 x Einmal Mundschutz 100 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 80x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	☐ **Kaiser Cares Pflegebox 2** 50 x Bettschutzeinlagen 100 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion	☐ **Kaiser Cares Pflegebox 3** 50 x Bettschutzeinlagen 100 x Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
☐ **Kaiser Cares Pflegebox 4** 25 x Bettschutzeinlagen 100 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	☐ **Kaiser Cares Pflegebox 5** 75 x Bettschutzeinlagen 100 x Schutzschürzen 75x125 cm	☐ **Kaiser Cares Pflegebox 6** 200 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
Handschuhgröße: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.		
☐ **2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)**		

Die von mir getroffene Auswahl der Kaiser Cares Pflegebox kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der Kaiser Cares GmbH rechtzeitig mitteilen.
Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der Kaiser Cares GmbH sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner, bei der Kaiser Cares GmbH hinterlegten personenbezogenen Daten.

Datum Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers