

1

Bestellformular WEMA care-Box

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen



Telefon +49 2202 81781-0
Telefax +49 2202 81781-99
post@wemacare.de

Kunden-Nummer:

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

Frau Vorname: Nachname:

Herr

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson)

Frau Vorname: Nachname:

Herr

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 WEMA care-Box soll bitte erfolgen an

den Versicherten die Pflegeperson den Pflegedienst

Wählen Sie bitte Ihre WEMA care-Box (monatlicher Wechsel möglich)

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

<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 1 50 x Einmal Mundschutz 100 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 80x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 2 50 x Bettschutzeinlagen 100 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 3 50 x Bettschutzeinlagen 100 x Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 4 25 x Bettschutzeinlagen 100 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 5 75 x Bettschutzeinlagen 100 x Schutzschürzen 75x125 cm	<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 6 200 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzschürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
Handschuhgröße: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.		
<input type="checkbox"/> 2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)		

Die von mir getroffene Auswahl der WEMA Care-Box kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der WEMA Care GmbH rechtzeitig mitteilen.

Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete der WEMA Care GmbH sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner, bei der WEMA Care GmbH hinterlegten personenbezogenen Daten.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers