

1 Ausfüllhilfe Bestellformular

Wichtig:

Das **ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene** Bestellformular **1** sowie den Antrag auf Kostenübernahme **2** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an **WEMA care GmbH** zurückschicken.

1 Persönliche Daten des Versicherten (Selbstzahler und Privatversicherte: Rechnungsstellung erfolgt bei Lieferung, Kostenerstattung durch Ihre Krankenkasse)

2 Persönliche Daten der Pflegeperson

3 Informationen des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)

4 Empfänger der WEMA care-Box ankreuzen


5 Ihre WEMA care-Box auswählen und Handschuhgröße ankreuzen

6 Zusätzlich können auch zwei waschbare Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung beantragt werden (Lieferung 1x im Jahr)

7 Datum und Unterschrift

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 **4 gen 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 Schutzhürzen 80x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 2 50 x Bettschutzeinlagen 100 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzhürzen 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 Schutzhürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 5 75 x Bettschutzeinlagen 100 x Schutzhürzen 75x125 cm	<input type="checkbox"/> WEMA care-Box 6 200 x Einmalhandschuhe 100 x Schutzhürzen 75x125 cm 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion

Handschuhgröße: S M L XL Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

2 waschbare 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: _____