

Ausfüllhilfe 1 Bestellformular



PROMEDICA
PFLEGEBOX

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

1a Bestellformular Seite 1

1.1 Versicherte/r: (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)
 Frau Herr Vorname: _____ Nachname: _____

1.2 Angehörige/r: (bzw. wichtige private Pflegeperson oder der/die Betreuer/in)
 Frau Herr Vorname: _____ Nachname: _____
 Straße: _____ Haus-Nr.: _____ Adresszusatz: _____
 PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____
 E-Mail: _____

1.3 Pflegedienst: (falls vorhanden)
 Name des Pflegedienstes / der Sozialstation: _____
 Straße: _____ Haus-Nr.: _____
 PLZ: _____ Ort: _____ Partner-Nr.: _____

1.4 Lieferung der Box an:
 dem Versicherten den Angehörigen sonst

1.5 Ihre PROMEDICA Pflegebox

Zur Anschauung

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegebox 1 | Flächendesinfektion 50 Stk Händedesinfektion 500 ml Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 100 Stk Bettschutzunterlagen (Einmalgebrauch) 25 Stk |
| <input type="checkbox"/> Pflegebox 2 | Handschuhe (vinyl) 100 Stk Mundschutz (FFP2) 5 Stk Flächendesinfektion 2 x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 100 Stk Bettschutzunterlagen (Einmalgebrauch) 25 Stk |
| <input type="checkbox"/> Pflegebox 3 | Mundschutz (MNS) 50 Stk Flächendesinfektion 500 ml Händedesinfektion 500 ml Schutzschürzen (waschbar) 5 Stk Bettschutzunterlagen (Einmalgebrauch) 25 Stk |

Meine individuelle PROMEDICA Pflegebox
 Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:

Handschuhgröße: S M L XL

BEI UNS: Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzunterlagen
 ohne zusätzliche Kosten bis zu 300 Mal waschbar

PROMEDICA Pflegebox · Tel. +49 800 20222306 · Fax +49 201 85974714 · info@promedica-pflegebox.de · www.promedica-pflegebox.de · IK #46 05 244 89

Bestellformular Seite 1

1.1

Versicherte/r:

Persönliche Daten des Versicherten

1.2

Angehörige/r

Persönliche Daten des Angehörigen bzw. der Pflegeperson

1.3

Pflegedienst

Information des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)

1.4

Lieferung

Empfänger der PROMEDICA Pflegebox ankreuzen

1.5

Wählen Sie Ihre PROMEDICA Pflegebox

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte PROMEDICA Pflegebox. Später jederzeit per E-Mail, Post oder Telefon änderbar.

Einmalhandschuhe: Bitte wählen Sie Ihre Handschuhgröße. Die Handschuhe werden standardmäßig in hochwertigem Vinyl geliefert.

Wiederverwendbare Bettschutzunterlagen: Bitte ankreuzen, wenn Sie zusätzlich kostenlose wiederverwendbare Bettschutzunterlagen erhalten wollen.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

1b Bestellformular Seite 2

1.6 Beauftragung

Hiermit beauftrage ich die PROMEDICA24 Care Support GmbH (Limbecker Platz 1, 45127 Essen, Tel. +49 800 20222306; eingetragen unter HRB 25205 beim Amtsgericht Essen, Geschäftsführer: Peter Blassnigg) mit der Beauftragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragstellerin/Leistungsehrer/Leistungsehrer meinen etwaigen Kostenersatzanspruch gemäß § 39b BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die PROMEDICA24 Care Support GmbH ab. Die beigefügten AGB sind Bestandteil des Vertrages. Ich habe diese gelesen.

Ferner erteile ich die vollumfassende datenschutzrechtliche Einwilligung nach Maßgabe der nachfolgenden Punkte. Wahlweise einzeln ankreuzen:

Ich weiß, dass meine im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die PROMEDICA24 Care Support GmbH verarbeitet werden. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z. B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und habe für das Vorliegen der Vollmacht. Dieser Punkt muss zum Zustandekommen des Vertrags zugestimmt werden.

Ich willige ein, dass die Promedica24 Care Support GmbH, Essen oder eine mit Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, in Verbindung mit Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, meine Daten für die Verarbeitung zu Marketingzwecken verwenden dürfen. Ich bin einverstanden, dass Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, meine Daten für die Verarbeitung zu Marketingzwecken verwenden dürfen. Ich bin einverstanden, dass Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, meine Daten für die Verarbeitung zu Marketingzwecken verwenden dürfen.

Zur Anschauung

Ich habe die Möglichkeit, die Promedica24 Care Support GmbH, Essen oder eine mit Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, in Verbindung mit Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, meine Daten für die Verarbeitung zu Marketingzwecken verwenden dürfen. Ich bin einverstanden, dass Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, meine Daten für die Verarbeitung zu Marketingzwecken verwenden dürfen. Ich bin einverstanden, dass Promedica Care Sp. z o.o., Al. Jerolimskie 94, 000-807 Warschau, meine Daten für die Verarbeitung zu Marketingzwecken verwenden dürfen.

_____ X
 Datum Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

PROMEDICA Pflegebox · Tel. +49 800 20222306 · Fax +49 201 85974714 · info@promedica-pflegebox.de · www.promedica-pflegebox.de · IK #46 05 244 89

Bestellformular Seite 2

1.6

Erteilen Sie uns die datenschutzrechtliche Einwilligung.

Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen

Wichtig!

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene **Bestellformular 1 (zweiseitig)** sowie den **Antrag auf Kostenübernahme 2** zurück (bevorzugt per E-Mail).

Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme für Sie bei Ihrer Pflegekasse ein. Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere.

per E-Mail: info@promedica-pflegebox.de

per Fax: +49 201 85974714

per Post:

PROMEDICA24 Care Support GmbH
 Limbecker Platz 1
 45127 Essen