

2. BESTELLFORMULAR

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

- Frau
 Herr

 Vorname

 Nachname

Pflegedienst

 Name des Pflegedienstes/der Sozialstation

 Straße, Haus Nr.

 PLZ

 Ort

Lieferung

Die Lieferung der Pflegehilfsmittel erfolgt an Ihren Pflegedienst.

Pflegehilfsmittel	Einzelpreis	Anzahl	Gesamtpreis
Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 50 Stück	21,54 €		
Saugende Bettschutzeinlagen, 1 Stück wiederverwendbar	26,16 €		
Fingerlinge, 100 Stück	5,64 €		
Einmalhandschuhe, 100 Stück Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Beschaffenheit: <input type="checkbox"/> gepudert <input type="checkbox"/> ungepudert	7,18 €		
Mundschutz, 50 Stück	7,18 €		
Schutzschürzen, Einmalgebrauch, 100 Stück	13,34 €		
Schutzschürzen, 1 Stück wiederverwendbar	25,65 €		
Händedesinfektionsmittel, 500 ml	8,21 €		
Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	6,16 €		
Gesamtsumme			

Hinweis:

- Auswahl bis max. 40,- €, es kann jederzeit weniger ausgewählt werden.
- Rein rechnerisch ergibt sich nie die Gesamtsumme von 40,- €. Bei einer Produktauswahl, die den max. Preis von 40,- € nicht erreicht, verfällt der restliche Anspruch und kann nicht in einem anderen Abrechnungsmonat eingelöst werden.
- Kosten für eine Auswahl, die 40,- € überschreitet, sind vom Patienten zu tragen.
- Die genannten Preise entsprechen den Preisen des Vertrages über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 SGB XI i.V.m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Die von mir getroffene Auswahl der Pflegehilfsmittel kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der antares-apotheken oHG rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pflegehilfsmittel von der antares-apotheken oHG.

HINWEIS: Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers