

WICHTIG:

Das **ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene** Bestellformular sowie den Antrag auf Kostenübernahme im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag **an die recusana GmbH zurückschicken**.

1 Persönliche Daten des Versicherten

2 Persönliche Daten der Pflegeperson

3 Empfänger der recusana-Box ankreuzen

4 Ihre recusana-Box auswählen und Handschuhgröße ankreuzen

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

6 Datum und Unterschrift

Ihr spezialisierter Fachhandel für die Wundversorgung
Bestellformular recusana-Box Die Box für Ihren individuellen Pflegebedarf **recusana**

Tel.: +49 711 - 63351-925
 Fax: +49 711 - 63351-927

VERSICHERTE/R (gemäß Antrag auf Kostenübernahme) BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Frau Mann Vorname 1 Nachname

Straße, Haus-Nr. 1 Adresszusatz

PLZ Ort

E-Mail Telefon

PFLEGEPERSON (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson)

Frau Mann Vorname 2 Nachname

Straße, Haus-Nr. Adresszusatz

PLZ Ort

E-Mail Telefon

DIE LIEFERUNG DER BOX SOLL BITTE ERFOLGEN AN den Versicherten die Pflegeperson

WÄHLEN SIE BITTE IHRE RECUSANA-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"/> recusana-Box 1 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Händedesinfektionsmittel, 500ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500ml 2x Bettschutzeinlagen, 25 St.	<input type="checkbox"/> recusana-Box 2 1x Schutzschürzen (Einmal), 100 St. 1x Einmalhandschuhe, 100 St. 1x Bettunterlage Einmalgebrauch, 100 St. 1x Mundschutz, 50 St.	<input type="checkbox"/> individuelle recusana-Box (bis max. 40,00 €/mtl.)* ___ x Einmalhandschuhe, 100 St., 7,00 € ___ x Schutzunterlage Einmalgebrauch, 25 St., 8,00 € ___ x Schutzschürzen Einmalgebrauch, 100 St., 13,00 € ___ x Schutzschürzen Mehrfachgebrauch, 15t., 25,65€ ___ x Händedesinfektionsmittel 500ml, 8,00 € ___ x Händedesinfektionsmittel 1000ml, 12,40€ ___ x Flächendesinfektionsmittel 500ml, 6,00 € ___ x Flächendesinfektionsmittel 1000ml, 12,00€ ___ x Mundschutz, 50 St., 7,00 € ___ x Fingerlinge, 100 St., 3,00 €
<input type="checkbox"/> recusana-Box 3 2x Bettschutzeinlagen, 25 St. 2x Flächendesinfektionsmittel, 500ml 1x Einmalhandschuhe, 100 St.	<input type="checkbox"/> recusana-Box 4 1x Mundschutz, 50 St. 1x Bettunterlage, 25 St. 1x Händedesinfektionsmittel, 500ml 1x Flächendesinfektionsmittel, 500ml	

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

x wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar) (gesonderte Genehmigung mit Eigenanteil)

Abofunktion: Ich stimme einer wiederkehrenden, monatlichen Belieferung meiner ausgewählten Pflegehilfsmittel zu.

* Der monatliche Höchstbetrag darf 40,00 € nicht überschreiten. Bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Die von mir getroffene Auswahl der recusana-Box kann ich jeden Monat neu festlegen (im Rahmen meiner beantragten und von der Pflegekasse genehmigten Hilfsmittel). Änderungen werde ich der recusana GmbH rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson zur Entgegennahme der Pakete der recusana GmbH sowie zur Übermittlung und ggf. zukünftigen Anpassung meiner, bei der recusana GmbH, hinterlegten personenbezogenen Daten.

Datum 6 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Gerne steht Ihnen unsere telefonische Beratung persönlich

zur Verfügung: **Telefon +49 711 - 63351-925**

Montag-Freitag 8:00-17:00 Uhr

www.recusana.de



Als Privatversicherter können Sie die recusana-Box ebenfalls bestellen. Sie erhalten wie gewohnt eine Rechnung und können diese bei Ihrer Pflegekasse einreichen.