Auswahl der Pflegebox

ecura
www.ecura-pflegebox.de

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

☐ Frau ☐ Herr Vorname: _____ Nachname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Versicherte(r) ist: ☐ gesetzlich pflegeversichert ☐ privat pflegeversichert
☐ beihilfeberechtigt ☐ über Ortsamt/Sozialamt versichert

Unsere Pflegebox-Produkte (Sie können bis zu vier Produkte auswählen):

Desinfektion für die Hände:
☐ Schütten (500ml) ☐ Schütten (100ml) ☐ Gel (500ml) ☐ Gel (100ml)

Desinfektion für die Fläche:
☐ Schütten (500ml) ☐ Fläche (60 Tücher) ☐ Sprühen (500ml)

Desinfektionstücher:
☐ Hände (60 Tücher) ☐ Fläche (60 Tücher)

☐ Nitril-Einmalhandschuhe (100 Stück)
Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL
☐ Einmal-Bettschutzeinlagen (25 Stück)
☐ FFP2-Masken (10 Stück)
☐ OP-Masken (50 Stück)
☐ Einmal-Schutzschürzen (100 Stück)
☐ Wiederverwendbare Schutzschürze (1 Stück)

Bei den abgebildeten Pflegebox-Produkten handelt es sich um Beispielprodukte.

☐ Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (Größe 85x90 cm) kostenlos ohne Zuzahlung bis zu 3 Stück jährlich

Ihr Bedarf an Pflegehilfsmitteln hat sich geändert? Kein Problem: Ändern Sie einfach die Zusammenstellung Ihrer Pflegebox per E-Mail info@ecura.de oder kontaktieren Sie telefonisch unsere Berater +49 6101 800604. Wir kümmern uns um alles, damit Sie mehr Zeit haben.

Haben Sie einen Gutscheincode? ☐☐☐☐

Lieferadresse (Erste Lieferung nach Genehmigung durch Pflegekasse)

☐ An die/den Pflegebedürftige(n)/Versicherte(r)

☐ Alternative Lieferadresse:

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die o.g. Auswahl der Pflegebox, dass ecura GmbH mich zu Informationszwecken kontaktieren darf und dass meine Daten für Abrechnungszwecke an den Dienstleister der RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH weitergeleitet werden dürfen. Sofern ich bereits Pflegehilfsmittel von einem anderen Dienstleister erhalte, trage ich die Kosten für den doppelten Bezug selbst.

X _____

Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Bitte senden Sie das Original per Post oder eingescannt als E-Mail an die unten stehenden Kontaktdaten.