

# Bestellung Pflegepaket (Pflegehilfsmittel)



## Versicherte(r) (Pflegebedürftige Person)

Herr  Frau      Name  Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon  eMail

## Angehörige(r) / Betreuer(in) (Pflegeperson)

Herr  Frau      Name  Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon  eMail

Beziehung zur pflegebedürftigen Person z.B. Ehe-/Lebenspartner, (Schwieger-) Tochter/Sohn, Mutter/Vater, Freund(in)/Bekannte(r), Betreuer(in)  
Pflegeperson ist gesetzlich bevollmächtigt:  ja  nein

## Pflegedienst / Sozialstation (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  PLZ, Ort

## Lieferadresse (Bitte unbedingt ankreuzen!)

Versicherte(r) (Pflegebedürftige Person)     Angehörige(n) (Pflegeperson)     Pflegedienst

## Auswahl Pflegepaket

Wählen Sie Ihr  
gewünschtes Pflegepaket  
und kreuzen Sie,  
falls nötig, Ihre  
Handschuhgröße an:

- S
- M
- L
- XL

**Pflegepaket 1**

50 St. *Bettstutzeinlagen*  
100 St. *Einmalhandschuhe*  
500 ml *Händedesinfektion*  
500 ml *Flächendesinfektion*

**Pflegepaket 2**

10 St. *Patienten-  
untersuchungskittel*  
100 St. *Einmalhandschuhe*  
100 St. *Mundschutz*  
1000 ml *Flächendesinfektion*

**Pflegepaket 3**

50 St. *Bettstutzeinlagen*  
1500 ml *Händedesinfektion*

**Pflegepaket 4**

100 St. *Bettstutzeinlagen*

**Pflegepaket 5**

200 St. *Einmalhandschuhe*  
1000 ml *Händedesinfektion*  
1000 ml *Flächendesinfektion*

**Pflegepaket 6**

50 St. *Bettstutzeinlagen*  
300 St. *Einmalhandschuhe*

\_\_\_\_\_  
Datum  Unterschrift der / des Versicherten (bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers)

**Datenschutzerklärung:** Ich bin damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten von der rmcStolze GmbH gespeichert und verwendet werden. Die rmcStolze GmbH verpflichtet sich, diese nicht zu verkaufen. Die rmcStolze GmbH darf mich über Neuigkeiten auf dem Gesundheitsmarkt telefonisch und schriftlich informieren. Diese Einwilligung kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum  Unterschrift der / des Versicherten (bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers)

LIEFERINFORMATIONEN

AUSWAHL PFLEGEPAKET

UNTERSCHRIFT