



Bitte ausfüllen und unterschrieben zurücksenden:  
MED SANI - Breslauer Str. 26 - 68519 Viernheim

# Das Pflegehilfsmittelpaket

**Sie haben einen Pflegegrad oder pflegen einen Angehörigen mit Pflegegrad zuhause?**

Dann haben Sie gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4) Anspruch auf Kostenübernahme der dafür nötigen Hilfsmittel bis zu 40 € monatlich! Mit unserer Hilfe bekommen Sie ohne viel Aufwand Ihr persönliches Pflegehilfsmittelpaket.

**Sie füllen dafür bitte einfach nur das Bestellformular und den Antrag für die Pflegekasse vollständig aus, unterschreiben beides** und nutzen für deren Rücksendung an das MED SANI den **beiliegenden Freiumsschlag**.

## Bestellung Ihres Pflegehilfsmittelpaket

<input type="checkbox"/> <b>Paket 1</b> 25 x Bettstutzeinlagen (Einmalg.) 100 x Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Paket 2</b> 50 x Bettstutzeinlagen (Einmalg.) 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> <b>Paket 3</b> 2 x 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/> <b>Paket 4</b> 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 x Mundschutz	<input type="checkbox"/> <b>Paket 5</b> 100 x Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 x Mundschutz	<input type="checkbox"/> <b>Paket 6 - individuell</b> Fragen Sie uns telefonisch unter 06204 - <a href="tel:9809362">9809362</a>

Bitte wählen Sie die Größe Ihrer Einmalhandschuhe aus:  S  M  L  XL

**Kontaktdaten Pflegeperson, z.B. Angehörige(r):**

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Die Lieferung erfolgt bitte an:  den/die KundIn  den/die Pflegeperson

Ich beauftrage MED SANI bis auf Widerruf mit der monatlichen Lieferung der von der Pflegekasse genehmigten Hilfsmittel.

**Pflegebedürftige(r) oder Bevollmächtigte(r)**

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**X**

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftige(r) oder Bevollmächtigte(r)