

Bitte einsenden an unseren Kooperationspartner:
Standard Systeme GmbH, Schellerdamm 22-24, 21079 Hamburg
 oder ausgefüllt per E-Mail an ortho-form-sauerland@pflegehilfeset.de

IK-Nr.: **330 204 836**
 per Fax: **0800 1010978**
 Telefon: **0800 5015637**

Beispiele für Pakete (Änderungen vorbehalten.)

PAKET 1 – Persönlicher Schutz
Mundschutz, 3-lagig Einmal-Schutzschürzen Händedesinfektion Einmalhandschuhe
PAKET 2 – Hygiene/Desinfektion
Händedesinfektion Flächendesinfektion Einmalhandschuhe Einmal-Bettschutzauflagen
PAKET 3 – Inkontinenz Pflege
Einmal-Bettschutzauflagen Einmalhandschuhe Händedesinfektion

Ich interessiere mich für diese Pflegehilfsmittel (bitte ankreuzen):
<input type="checkbox"/> Einmalschutzschürzen <input type="checkbox"/> Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Flächendesinfektion <input type="checkbox"/> Mundschutz <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe (S M L XL) <input type="checkbox"/> Bettschutzauflagen <input type="checkbox"/> Fingerlinge <input type="checkbox"/> Waschbare Bettschutzauflage <input type="checkbox"/> Einmallätzchen/Schutzserviette
Bitte kontaktieren Sie mich für die genaue Zusammenstellung meines PflegehilfeSets.

Lieferinformationen (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Versicherte/r

Herr Frau **Kunden-Nr.** (falls vorhanden): _____

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Pflegeperson – bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen

Herr Frau

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt |
| <input type="checkbox"/> (Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn | <input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich bevollmächtigt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Angehöriger/Freund | |

Ihr Partner vor Ort:

Kundennummer: 500130
Ortho Form Sauerland GmbH & Co. KG
Siegener Str. 29
57368 Lennestadt
Telefon: 02721 60071-0
E-Mail-Adresse: pflegehilfeset@ortho-form-sauerland.de


Lieferadresse – bitte unbedingt ausfüllen

Versicherte/r	Pflegeperson/Betreuung	Pflegedienst

Die getroffene Auswahl des PflegehilfeSets kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen PflegehilfeSets werden bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der Standard Systeme GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Standard Systeme GmbH die Lieferung beenden. Die Standard Systeme GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Diesbezüglich verweist Standard Systeme GmbH auf die Datenschutzerklärung unter <https://www.pflegehilfeset.de/kontakt/datenschutz>. Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich die AGB der Standard Systeme GmbH zum PflegehilfeSet zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner PflegehilfeSets.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote. Diese Einwilligung kann jederzeit am Ende jedes Newsletters oder per Mail an aktuell@standardsysteme.de widerrufen werden.

Datum: _____



Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers