

# 1

## Bestellformular

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1  
in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI  
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen



### 1.1 Versicherte/r:

Herr  Frau Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_

### 1.2 Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in):

Herr  Frau Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### 1.3 Pflegedienst (falls vorhanden):

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

Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_

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

### 1.4 Lieferung der Box an:

den Versicherten  den Angehörigen  den Pflegedienst

### 1.5

Bitte wählen Sie eine Variante der CuraVitabox (gewünschte Box ankreuzen, monatlich wechselbar):

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 25 Stk. Bettschutzeinlagen <b>B1</b><br><input type="checkbox"/> 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe<br><input type="checkbox"/> 1 x 500 ml Händedesinfektionsmittel<br><input type="checkbox"/> 1 x 500ml Flächendesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe <b>B2</b><br><input type="checkbox"/> 1 x 500 ml Händedesinfektionsmittel<br><input type="checkbox"/> 2 x 500ml Flächendesinfektionsmittel  |
| <input type="checkbox"/> <b>B3</b><br><input type="checkbox"/> 2 x 100 Stk. Einmalhandschuhe<br><input type="checkbox"/> 1 x 500 ml Händedesinfektionsmittel<br><input type="checkbox"/> 1 x 500 ml Flächendesinfektionsmittel                           | <input type="checkbox"/> 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe <b>B4</b><br><input type="checkbox"/> 1 x 500 ml Händedesinfektionsmittel<br><input type="checkbox"/> 1 x 500 ml Flächendesinfektionsmittel<br><input type="checkbox"/> 1 x 50 Stk. Standard Mundschutz |
| <input type="checkbox"/> 100 Stk. Einmalhandschuhe <b>B5</b><br><input type="checkbox"/> 1000 ml Händedesinfektionsmittel<br><input type="checkbox"/> 500 ml Flächendesinfektionsmittel  | <input type="checkbox"/> <b>B6</b>   |

Einmalhandschuhe (Größe):

S  M  L  XL

### Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die CuraVita GbR (Postfach 440111 in 44390 Dortmund; Tel.: 01 57 - 348 310 86; Registergericht: HRB; Registernummer: xx xx xx; Geschäftsführer Florian Nawrath, Stefan Hoffmann) mit der Beantragung und Abwicklung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die CuraVita GbR ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung und habe jederzeit das Recht, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Weitere Informationen hierzu finde ich in den Datenschutzhinweisen (einzusehen auf [www.curavita-shop.de](http://www.curavita-shop.de)).

X

Datum \_\_\_\_\_

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigter(r) \_\_\_\_\_