







Name der/ des Versicherten/ Pflegebedürftigen	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: _____ Name: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/ Sozialamt versichert	
<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38	


Angehörige(r)/ Pflegeperson	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: _____ Name: _____
Straße/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/ Lebenspartner <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/ Vater <input type="checkbox"/> _____	
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Auswahl der HSP-Pflegebox						
Wählen Sie eine von sechs Varianten	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500ml	-	500 ml	500 ml
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	-	200 Stk.	100 Stk.
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	-	-	500 ml	500ml
Mundschutz	-	50 Stk.	-	-	-	-
Schutzschürzen	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (lang)	-	100 Stk. (kurz)	100 Stk. (kurz)	-
Bettstutzeinlagen	25 Stk.	-	50 Stk.	75 Stk.	-	50 Stk.
Handschuhgröße: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL						

Lieferadresse	
<input type="checkbox"/> an die/ den Versicherte(n)/ Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> an die/ den Angehörige(n)/ Pflegeperson <input type="checkbox"/> an den Pflegedienst Bitte füllen Sie die beiliegende Vollmacht aus und senden uns diese zu!

Pflegedienst, sofern vorhanden	
Name des Pflegedienstes: _____	
Straße/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	Ansprechpartner: _____

Rechnungsempfänger (nur bei privat Versicherten und/ oder Beihilfeberechtigten)	
<input type="checkbox"/> Versicherte(r)/ Pflegebedürftige(r)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/ Pflegeperson

Unterschrift	
<input type="checkbox"/> Ich habe die Datenschutzerklärung sowie die AGB der HSP Pflegeshop UG zur Kenntnis genommen und stimme zu, dass die angegebenen Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für den Bestell- bzw. Versorgungsvorgang verwendet werden.	
 _____ Unterschrift Versicherte(r)	_____ und/ oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)