







Name der/ des Versicherten/ Pflegebedürftigen	
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	


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 (Box 6 für eine indiv. Zusammenstellung)	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
FFP-2-Masken	-	4 x FFP-2	1 x FFP-2	-	1 x FFP-2	-
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	-	-
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	200 Stk.	100 Stk.	-
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	-	-	500 ml	-
Mundschutz	50 Stk.	-	-	-	-	-
Schutzschürzen	-	-	-	-	100 Stk.	-
Bettseinlagen	-	-	25 Stk.	-	-	-
Handschuhgröße: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XS → <input type="checkbox"/> nitril <input type="checkbox"/> vinyl <input type="checkbox"/> latex Schutzschürzen: <input type="checkbox"/> 125 cm <input type="checkbox"/> 140 cm						

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 GmbH 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)