



Bitte einsenden an:
Attends GmbH
Am Kronberger Hang 3
65824 Schwalbach am Taunus
IK-Nummer 330642687

Fax: 06196/5089-421
E-Mail: beratung@attends.de

Beratungs-Telefon:
06196/5089-522

1. Bitte gewünschtes Pflegepaket ankreuzen

Attends Pflegepaket Nr. 1

100 Stück Bettschutzeinlagen

Attends Pflegepaket Nr. 2

75 Stück Bettschutzeinlagen
200 Stück Einmalhandschuhe

Attends Pflegepaket Nr. 3

75 Stück Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

Attends Pflegepaket Nr. 4

25 Stück Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
200 Stück Einmalhandschuhe

Attends Pflegepaket Nr. 5

500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
300 Stück Einmalhandschuhe

Attends Pflegepaket Nr. 6

25 Stück Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
100 Stück Einmalhandschuhe
 50 Stück OP-Mundschutz* **oder**
 20 Stück FFP2-Masken

Attends Pflegepaket individuell

Ich möchte Pflegehilfsmittel selbst zusammenstellen. Bitte rufen Sie mich an unter der Telefonnummer:

2. Bitte Handschuhgröße und -material auswählen

- S (Small) Vinyl
 M (Medium) Latex
 L (Large)
 XL (Extra Large)

Achtung: Wenn nichts anderes angekreuzt, liefern wir Handschuhe **Vinyl** in **Größe M**.

3. Bitte persönliche Daten und Lieferinformationen ausfüllen

Versicherte(r)

Herr Frau

Pflegekasse

Kundennummer (falls vorhanden)

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Pflegeperson

Bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen.

Herr Frau

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

- Ehe-/Lebenspartner
 Mutter oder Vater bzw. Erziehungsberechtigte(r)
 (Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn
 Sonstiger Angehöriger/Freund
 Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt.

Pflegedienst/Sozialstation

Bitte ausfüllen (falls zutreffend).

Name

Pflegedienst

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Lieferadresse

Bitte unbedingt ausfüllen.

Versicherte(r) Pflegeperson/Betreuung

Das ausgewählte Attends Pflegepaket wird bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse jeden Monat direkt zu mir nach Hause geschickt. Die getroffene Auswahl kann durch rechtzeitige Mitteilung geändert oder die Lieferung unterbrochen werden. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Attends GmbH die Lieferung beenden. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote.

Datum

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

Bitte nicht vergessen!