

## BESTELLFORMULAR

1

### NAME DER/DES ANTRAGSTELLERS (Nur für Nachfragen, Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Straße/ Hausnummer</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>Telefonnummer / Email</b>
<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 einen Pflegegrad beantragt		
<b>Pflegegrad</b> (bitte unbedingt angeben)		
<input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt		
<input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert. Wenn ja, welches Ortsamt/Sozialamt:		
<b>Versicherte(r) ist</b>		

2

### ANGEHÖRIGE(R)/PFLEGEPERSON Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Straße/ Hausnummer</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>Telefonnummer / Email</b>
<input type="checkbox"/> Familienangehörige(r) <input type="checkbox"/> Private Pflegeperson <input type="checkbox"/> Gesetzlich bestellte(r) Betreuer(in)		
<b>Pflegeperson ist:</b>		

3

### PFLEGEKISTE Stellen Sie sich Ihre individuelle Pflegebox nach Ihren Bedürfnissen zusammen.

<input type="checkbox"/> Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> 57x <input type="checkbox"/> 114x <input type="checkbox"/> Flächendesinfektion Tücher	<input type="checkbox"/> Mundschutz 3-lagig
<input type="checkbox"/> Händedesinfektion Gel	<input type="checkbox"/> Nitrilhandschuhe	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> FFP2 Masken	<input type="checkbox"/> Bettschutzunterlage
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		
<b>Handschuhgröße:</b>		

4

### LIEFERADRESSE Die monatliche Lieferung an

<input type="checkbox"/> die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	<input type="text"/>
---	----------------------

5

### RECHNUNGSEMPFÄNGER Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

<input type="checkbox"/> Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson
---	---

6

<input type="checkbox"/> Ich habe die AGB ( <a href="http://www.meinepflegekiste.de/agb">www.meinepflegekiste.de/agb</a> ) zur Kenntnis genommen.
<small>Ich bin damit einverstanden, dass die RegioCare UG (haftungsbeschränkt) Zita-Kaiser-Str. 3, 79106 Freiburg im Breisgau, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- &amp; Gesundheitsthemen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an <a href="mailto:info@meinepflegekiste.de">info@meinepflegekiste.de</a> oder per Post an RegioCare UG, Zita-Kaiser-Str. 3, 79106 Freiburg im Breisgau widerrufen. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die RegioCare UG können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter <a href="http://www.meinepflegekiste.de/datenschutz">www.meinepflegekiste.de/datenschutz</a> abrufbar sind.</small>

Unterschrift Versicherte(r)

und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)