

**Auswahl Selimed Pflegebox**



|                                                                             |                |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Pflegekasse:                                                                |                |
| Versichertennummer:                                                         |                |
| * Frau * Herr                                                               | Vorname: Name: |
| Geburtsdatum:                                                               |                |
| Straße:                                                                     |                |
| PLZ:                                                                        |                |
| Versicherte(r) ist: * gesetzlich pflegeversichert * privat pflegeversichert |                |

|                                                   |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pflegeperson ist:                                 | * Ehe-/ Lebenspartner<br>* (Schwieger-) Tochter / Sohn<br>* Mutter/ Vater<br>* Freund(in) / Bekannte(r)<br>* Betreuer |
| Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: | * ja * nein                                                                                                           |

|                              |
|------------------------------|
| Name der Pflegedienststelle: |
| Straße/Nr. :                 |
| PLZ/Ort:                     |

Die monatliche Lieferung erfolgt an: \* die/ den Versicherte(n) / Pflegebedürftige(n)  
 \* den/ die Betreuer(in)

**Selimed Pflegeboxen:**

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>* 1. Persönlicher Schutz</b></p> <p>50 St. Mundschutz<br/>                 100 St. Einmal-Schürzen<br/>                 500 ml. Händedesinfektion<br/>                 200 St. Einmalhandschuhe<br/>                 * S * M * L * XL</p> | <p><b>* 2. Hygiene/ Desinfektion</b></p> <p>500 ml. Händedesinfektion<br/>                 500 ml. Flächendesinfektion<br/>                 200 St. Einmalhandschuhe<br/>                 * S * M * L * XL</p>        | <p><b>* 3. Rundum- Pflege</b></p> <p>500 ml. Händedesinfektion<br/>                 100 St. Einmalschürzen<br/>                 50 St. Einmal-Bettenschutzunterlagen<br/>                 100 St. Einmalhandschuhe<br/>                 * S * M * L * XL</p> |
| <p><b>* 4. Inkontinenz „ Standard“</b></p> <p>100 St. Einmalbettenschutzunterlagen<br/>                 100 St. Einmalhandschuhe<br/>                 * S * M * L * XL</p>                                                                      | <p><b>* 5. Inkontinenz „Pflege“</b></p> <p>500 ml. Händedesinfektion<br/>                 50 St. Einmalbettenschutzunterlagen<br/>                 100 St. Einmalhandschuhe<br/>                 * S * M * L * XL</p> | <p><b>* 6. Inkontinenz „Extra-Schutz“</b></p> <p>100 St. Einmalbettenschutzunterlagen<br/>                 500 ml. Flächendesinfektion</p>                                                                                                                   |



## Ihr Pflegebox –Info Set!

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich für unseren Pflegebox-Service interessieren.  
Mit der Pflegebox erhalten Sie jeden Monat nützliche Hilfsmittel wie Einmalhandschuhe,  
Desinfektionsmittel und mehr völlig zuzahlungsfrei nach Hause geliefert.

## Warum ist die Pflegebox kostenlos für Sie?

Ambulant Pflegebedürftige (mit Pflegestufe 1,2 oder 3) haben die Möglichkeit, die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40 Euro im Monat bei Ihrer Pflegekasse zu beantragen und genehmigt zu bekommen. Wir rechnen dann direkt mit Ihrer Pflegekasse ab.

## In drei Schritten zu Ihrer Pflegebox:

1. Auf dem Formular „Auswahl Selimed Pflegebox“ kreuzen Sie das gewünschte Produktsortiment an. Wählen Sie einfach aus. Welche Produkte Sie monatlich bekommen möchten. Sie können auch jeden Monat die Pflegebox wechseln.
2. Bitte füllen Sie den „Antrag auf Kostenübernahme“, auf der Rückseite aus, den wir zur Erstattung bei der jeweiligen Kasse für Sie einreichen.
3. Bitte unterschreiben Sie auf beiden Seiten des Formulars und senden dieses an uns zurück.

Das ist alles. Von nun an kümmern wir uns um die Bewilligung, die monatliche Lieferung und die Erstattung durch Ihre Pflegekasse. Sie müssen uns nur mitteilen, welche Pflegebox Sie monatlich erhalten möchten. Sollte es jeden Monat die gleiche Pflegebox sein, so können wir Sie automatisch beliefern, ohne dass Sie uns dafür beauftragen.

**Jede Pflegebox ist absolut zuzahlungsfrei. Es entstehen für Sie keinerlei Kosten, auch nicht für den Versand. Und natürlich gehen Sie auch keinerlei Verpflichtungen ein. Sie können die Belieferung jederzeit ganz einfach wieder enden lassen.**

Wir sind ein offizieller Leistungserbringer für Alle Kostenträger (IK: 590 591 425) und die gesetzlichen Datenschutzrichtlinie werden von uns strikt befolgt.

**Für weitere Fragen stehen wir jederzeit gerne unter der Telefonnummer: 02354 – 70883 0 oder per E-Mail: [info@selimed.de](mailto:info@selimed.de) zur Verfügung.**

Es würde uns freuen, wenn wir Sie zukünftig mit einer monatlichen Pflegebox beliefern dürfen, damit Ihre Pflege etwas erleichtert wird und Kosten gespart werden können.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Selimed Team

**Selimed GmbH, Lortzingstr. 16, 58540 Meinerzhagen**  
**Tel. Nr. 02354 – 70883 0      Fax. Nr. 02354 – 70883 10**

®

®

---

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)