

## Angaben zum Pflegebedürftigen (weiteres bitte ausfüllen)

Anrede	Vorname	Name
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort
Geburtsdatum		E-Mailadresse
Pflegekasse		Versichertennummer

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 €, darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

- ✓ Professionelle Beratung
- ✓ Ihre Pflegekasse übernimmt die Kosten bis zu 40,00 € monatlich.

 <b>WILOGIS Pflegebox</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Mundschutz-Masken</b> (Einweg)</li><li>- <b>Mundschutz-Masken</b> (FFP2)</li><li>- <b>Flächendesinfektionsmittel</b></li><li>- <b>Händedesinfektionsmittel</b></li><li>- <b>Einmalhandschuhe</b> (puderfrei)</li><li>- <b>Schutz-Schürzen</b> (Einweg)</li><li>- <b>saugende Bettschutzeinlagen</b> 60 x 90 cm (Einweg)</li></ul>
<b>Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe:</b> <input type="checkbox"/> SMALL <input type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> LARGE <input type="checkbox"/> X-LARGE

**Gerne stellen wir Ihnen Ihre Box individuell zusammen.  
Kontaktieren Sie uns kostenfrei unter**



**0800 94 56 447**

**Bitte wenden!**

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

WILOGIS Hygieneprodukte GmbH Straße des 13. Januar 255 66333 Völklingen	Institutionskennzeichen 33 100 32 10
---	---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die Pflegebox auf der Seite 1 ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter oder  
Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis 40,00 € monatlich

PG 54 bis 20,00 € monatlich

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK-Nr. der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift