

INHALT IHRER PFLEGEBOX

Bitte wählen Sie eine der Pflegeboxen aus.

☐ Pflegebox 1

100 Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
25 Bettschutzeinlagen
10 FFP2 Masken ODER
50 Mundschutz-Masken



☐ Pflegebox 2

100 Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
50 Schutzschürzen
25 Bettschutzeinlagen
10 FFP2 Masken ODER
50 Mundschutz-Masken



☐ Pflegebox 3

100 Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
100 Schutzschürzen
5 FFP2 Masken ODER
25 Mundschutz-Masken



☐ Pflegebox 4

Ich wünsche eine individuelle Zusammenstellung der Pflegebox.

WIE KOMMT DIE PFLEGEBOX ZU IHNEN NACH HAUSE?

1.



Auswahl

Bitte kreuzen Sie eine der drei angebotenen Pflegeboxen an, oder entscheiden Sie sich für eine individuelle Zusammenstellung.

2.



Antragsformular

Sie füllen das Formular aus und unterschreiben es. Alle nötigen Formalitäten werden Ihnen bei der Beantragung der kostenfreien monatlichen Pflegehilfsmittel abgenommen.

3.



Versand

Nach der Zustimmung der Pflegekasse erfolgt der Versand der Pflegebox.



PFLEGEBOX
kostenlos

**Deutsches
Rotes
Kreuz**
Kreisverband Oberhausen (Rhld.)



Pflegehilfsmittel
im Wert von 40€ pro Monat

WAS SIE WISSEN SOLLTEN

WEM STEHT DIE KOSTENLOSE PFLEGEBOX ZU?

Jede Person mit einem anerkannten Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 hat gemäß dem Sozialgesetzbuch nach § 40 SGB XI Anspruch auf die Kostenübernahme der benötigten Pflegehilfsmittel.

WAS SIND PFLEGEHILFSMITTEL?

Als Pflegehilfsmittel gelten Produkte wie Einmalhandschuhe, Flächendesinfektion, Händedesinfektion, Bettschutzeinlagen, Schutzschürzen oder Mundschutz-Masken.

IHRE VORTEILE AUF EINEN BLICK

Wir unterstützen Sie durch kostenlose hochwertige Pflegehilfsmittel.



100 %
kostenlos

Komplette Kostenübernahme durch die Kasse - für Sie zu 100% kostenlos



direkte
Abrechnung

Übernahme der kompletten Abrechnung mit Ihrer Pflegekasse durch unser Team



Lieferung
freihaus

Bequeme Lieferung nach Hause



hochwertige
Markenprodukte

Ausschließlich Markenprodukte



Rezeptfrei

Ohne Rezept des behandelnden Arztes



keine Vertrags-
bindung

Jederzeit monatlich kündbar

Porto
zahlt
Empfänger

An

PFLEGEBOX kostenlos

Intoja GmbH

Postfach 2259

53937 Schleiden

In Kooperation mit:



Vorname der zu pflegenden Person *

Nachname der zu pflegenden Person *

Straße, Haus-Nr. *

PLZ, Ort * * Die Angaben sind erforderlich

☐ Ich möchte weitere Informationen zur kostenlosen Pflegebox erhalten.

☐ Ich möchte eine kostenlose Pflegebox über PFLEGEBOX kostenlos beziehen.

☐ Ich beziehe bereits eine Pflegebox, möchte aber zu PFLEGEBOX kostenlos wechseln.

☐ Ich bin mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten, die im Zusammenhang mit der Durchführung meines Vertrages erforderlich sind, an PFLEGEBOX kostenlos einverstanden.

Datum

Unterschrift zu pflegende Person / Bevollmächtigter