

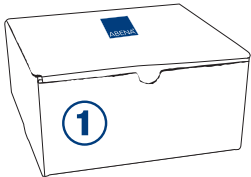
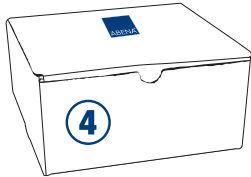
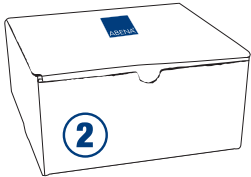

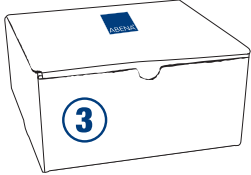
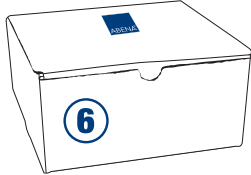
Boxenwahl

für den monatlichen Bedarf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Abena Box) gemäss §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

1. Versicherte/r

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

2. Boxenwahl

 <p>Box 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bettschutz, 25 Stk. ▪ Handschuhe, 100 Stk. ▪ Händedesinfektion, 500 ml ▪ Flächendesinfektion, 500 ml 	 <p>Box 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Handschuhe, 100 Stk. ▪ Händedesinfektion, 500 ml ▪ Schutzschürzen, 100 Stk. ▪ Mundschutz, 50 Stk.
 <p>Box 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bettschutz, 50 Stk. ▪ Handschuhe, 200 Stk. 	 <p>Box 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bettschutz, 50 Stk. ▪ Händedesinfektion, 500 ml ▪ Flächendesinfektion, 500 ml
 <p>Box 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Handschuhe, 200 Stk. ▪ Händedesinfektion, 500 ml ▪ Flächendesinfektion, 500 ml 	 <p>Box 6</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bettschutz, 50 Stk. ▪ Handschuhe, 100 Stk. ▪ Händedesinfektion, 500 ml

Handschuhe bitte in folgender Grösse liefern:

XS S M L XL



Wiederverwendbare Saugende Bettschutzeinlagen (PG 51)

3. Lieferoptionen

Um eine hochwertige Pflege sicherzustellen, wird Ihnen die Abena Box, nach dem jeweiligen Erhalt der Anlage 2, monatlich geliefert.

- Ich möchte meine Abena Box direkt an meine Adresse geliefert bekommen
- Hiermit erteile ich die Vollmacht zur Annahme meiner Lieferung an:

Vorname	Nachname	Telefon
Strasse, Hausnr.		PLZ, Ort

4. Zusätzliche Produkte (gegen Eigenbeitrag)

Wir haben noch viele weitere Produkte in unserem Sortiment. Gerne möchten wir Sie darüber informieren.

- JA**, Bitte informieren Sie mich über weitere Produkte von Abena

Email Adresse

Datum und Unterschrift des/r Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten

Boxenwahl

für den monatlichen Bedarf für zum Ver... (je nach Box) gemäss §78 Absatz 1
in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

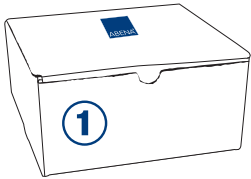
Box wählen
Wählen Sie hier bitte Ihre Abena Box. Weitere Infos über die Produkte in unseren Abena Boxen finden Sie in unserer Broschüre.

1. Versicherte/r

Vorname

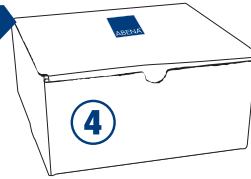
Geburtsdatum

2. Boxenwahl



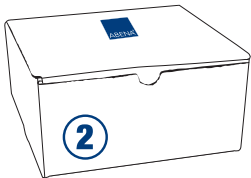
Box 1

- Bettschutz, 25 Stk.
- Handschuhe, 100 Stk.
- Händedesinfektion, 500 ml
- Flächendesinfektion, 500 ml



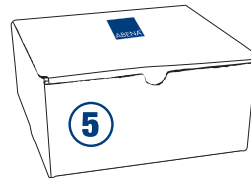
Box 4

- Handschuhe, 100 Stk.
- Händedesinfektion, 500 ml
- Schutzschürzen, 100 Stk.
- Mundschutz, 50 Stk.



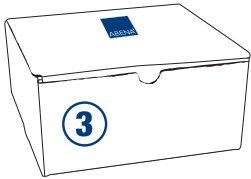
Box 2

- Bettschutz, 50 Stk.
- Handschuhe, 200 Stk.



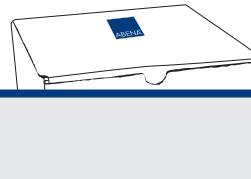
Box 5

- Bettschutz, 50 Stk.
- Händedesinfektion, 500 ml
- Flächendesinfektion, 500 ml



Box 3

- Handschuhe, 200 Stk.
- Händedesinfektion, 500 ml
- Flächendesinfektion, 500 ml



Box 6

- Bettschutz, 50 Stk.
- Handschuhe, 100 Stk.
- Händedesinfektion, 500 ml

Handschuhe bitte in folgender Grösse liefern:

- XS S M L XL

Ihre Grösse
Wenn Sie eine Abena Box mit Handschuhen ausgesucht haben, wählen Sie hier bitte Ihre Grösse.

3. Lieferoptionen

Abena wird Ihnen Ihre Pflegebox monatlich zukommen lassen. Bitte wählen Sie das gewünschte Intervall:

- Jeden 2. Monat Jeden 3. Monat Jeden 4. Monat
- Ich möchte meine Abena Box direkt an meine Adresse geliefert werden.
- Hiermit erteile ich die Vollmacht zur Annahme meiner Abena Box an eine bevollmächtigte Person/Unternehmen.

Vorname

Nachname

Strasse, Hausnr.

Lieferung
Wählen Sie hier bitte, ob Ihre Abena Box direkt an Sie oder an eine bevollmächtigte Person/Unternehmen geliefert werden soll.

4. Zusätzliche Produkte (gegen Eigenbeitrag)

Wir haben noch viele weitere Produkte in unserem Sortiment. Möchten Sie diese auch bestellen?

- JA**, Bitte informieren Sie mich über weitere Produkte von Abena

E-mail

Mehr Information
Sie möchten gerne mehr Informationen über Abenas umfangreiches Sortiment? Dann kreuzen Sie **JA** an, und wir werden auf Sie zukommen.

Datum und Unterschrift des/r Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten