

Nachname, Vorname: _____
der / des Pflegebedürftigen
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____



Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw.
ausfüllen und Unterschrift nicht
vergessen.

Angaben zum Verbrauch

Ich nutze für die Pflege Folgendes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> saugende Bettschutzeinlagen zum 1-maligen Gebrauch | |
| <input type="checkbox"/> Fingerlinge zum 1-maligen Gebrauch | |
| <input type="checkbox"/> Schutzschürzen zum 1-maligen Gebrauch | |
| <input type="checkbox"/> wiederverwendbare Schutzschürzen | |
| <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe | <input type="checkbox"/> Einmallätzchen |
| <input type="checkbox"/> Mundschutz | <input type="checkbox"/> FFP2-Masken |
| <input type="checkbox"/> Hand-Desinfektionstücher | <input type="checkbox"/> Hand-Desinfektionsmittel |
| <input type="checkbox"/> Flächen-Desinfektionstücher | <input type="checkbox"/> Flächen-Desinfektionsmittel |

Angaben zur Lieferfirma

Name der Firma

Straße, Nr.

PLZ Ort

Bitte teilen Sie uns mit, von wem Sie die
Pflegehilfsmittel bekommen. Haben Sie
mehrere Lieferfirmen? Dann machen Sie
bitte weitere Angaben auf der Rückseite des
Formulars.

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die
Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass
Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns
Änderungen so schnell wie möglich mit.

