



Änderungsformular WiBU Schatzkiste



Mit diesem Formular können Sie Ihre bisherige Schatzkiste im Rahmen der vorliegenden Genehmigung wechseln, um die Produktauswahl einem geänderten Bedarf anzupassen. Ebenso haben Sie die Möglichkeit, Ihren Schatzkisten-Bedarf für ein ganzes Jahr voraus zu planen, wenn Sie unterschiedliche Schatzkisten auswählen möchten. **Bitte reichen Sie Ihre Änderungswünsche bis spätestens zwei Wochen nach Erhalt der Schatzkiste bei uns ein.**

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** vollständig ausfüllen.

Frau Herr Vorname: _____

Name: _____

Straße/Nr.: _____

Geburtstag: | | | | | | | | | |

PLZ/Ort: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail: _____

Versichertennummer: _____

Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilferechtigt über Ortsamt/Sozialamt versichert

Lieferung/Lieferadresse

Empfänger ist: Pflegedienst Ehe-/Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r) Betreuer(in)

Frau Herr Vorname: _____

Name: _____

Straße/Nr.: _____

Telefon: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Übersicht Schatzkisten-Sortimente

Schatzkiste	Einmal-Bettstutzeinlage	Flächendesinfektion	Händedesinfektion	Nitril-Handschuhe	Mundschutz	Einmal-Schürze
A Persönlicher Schutz	-	-	✓ 500 ml	✓ 200 Stück	✓ 50 Stück	✓ 100 Stück
B Hygiene/Desinfektion	-	✓ 750 ml	✓ 500 ml	✓ 200 Stück	-	-
C Rundum-Pflege	✓ 30 Stück	-	✓ 500 ml	✓ 100 Stück	-	✓ 100 Stück
D Inkontinenz „Standard“	✓ 90 Stück	-	-	✓ 100 Stück	-	-
E Inkontinenz „Pflege“	✓ 60 Stück	-	✓ 500 ml	✓ 100 Stück	-	-
F Inkontinenz „Extra-Schutz“	✓ 120 Stück	-	-	-	-	-
G Hygiene/Desinfektion Plus	✓ 30 Stück	✓ 750 ml	✓ 500 ml	✓ 100 Stück	-	-
H Inkontinenz „Extra-Schutz“ Plus	-	-	-	-	-	-



Sie haben auch die Möglichkeit, sich eine individuelle Schatzkiste zusammenstellen zu lassen oder Ihre Schatzkiste später beliebig zu wechseln (innerhalb der von der Pflegekasse genehmigten Produkte). Zusätzlich zur Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel in Höhe von 40,00/20,00 € ist die Kostenübernahme von bestimmten wiederverwendbaren Pflegehilfsmitteln, wie z. B. waschbaren Bettstutzeinlagen und Schutzschürzen möglich. **Gerne beraten wir Sie unter Tel.: 04102 483-8 383.**

Schatzkiste

Für Sie zur Auswahl: Bitte wählen Sie für jeden Monat eine Schatzkiste und die gewünschte Handschuhgröße* Bitte ankreuzen!

1. Halbjahr	A	B	C	D	E	F	G	H	Handschuh-Größe*
Januar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Februar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
März	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
April	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Mai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Juni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL

2. Halbjahr	A	B	C	D	E	F	G	H	Handschuh-Größe*
Juli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
August	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
September	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Oktober	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
November	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Dezember	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL

*nicht enthalten in den Schatzkisten (F) und (H)

X _____

Datum

X _____

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

! Bei den **rot hinterlegten Feldern** handelt es sich um Pflichtfelder. Diese müssen vollständig ausgefüllt sein. **!**
● Bitte achten Sie unbedingt darauf, das Formular **vollständig** auszufüllen, um Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrags zu vermeiden! ●