

Unsere Pflegebox-Varianten

Pflegebox 1

Inhalt:

- 60 Tücher zur Flächendesinfektion
- 500 ml Handdesinfektion
- 10 Stück FFP2 Atemschutzmasken
- 100 Stück Nitril Handschuhe puderfrei (blau)



Pflegebox 2

Inhalt:

- 500 ml Spray zur Flächendesinfektion
- 500 ml Gel zur Handdesinfektion
- 100 Stück Nitril Einmalhandschuhe puderfrei (blau)
- 25 Stück Einmal-Bettschutzeinlagen 60x90 cm



Pflegebox 3

Inhalt:

- Tücher zur Flächendesinfektion
- 500 ml Handdesinfektion
- 50 Stück OP-Masken
- 100 Stück Nitril Einmalhandschuhe puderfrei (blau)



Individuelle Pflegebox

Inhalt:

- Nitril-Einmalhandschuhe
- Desinfektion für die Hand (Schütten oder Gel)
- Desinfektion für die Fläche (Schütten, Sprühen oder Tücher)
- Einmal-Bettschutzeinlagen
- FFP2 und OP-Masken
- Schutzschürzen



Gerne beraten wir Sie telefonisch oder per E-Mail zur Anpassung der Pflegebox.

Größe der Nitril Einmalhandschuhe: S M L XL

Farbe der OP-Masken: Schwarz Blau Farbe der FFP2 Masken : Schwarz Blau Grau Weiss

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (Größe 85 x 90 cm) **kostenlos** ohne Zuzahlung bis zu 3 Stück jährlich

Stückzahl: 1 2 3

Ihr Bedarf an Pflegehilfsmitteln hat sich geändert? Kein Problem: Ändern Sie einfach die Zusammenstellung Ihrer Pflegebox per E-Mail info@ecura.de oder kontaktieren Sie telefonisch unsere Berater +49 6101 800604. Wir kümmern uns um alles, damit Sie mehr Zeit haben.

Haben Sie einen Gutscheincode?

Gutscheincode:

Lieferung/Lieferadresse (Erste Lieferung nach Genehmigung durch Pflegekasse)

An die/den Pflegebedürftige(n) (siehe Stammdaten Seite 2)

Alternative Lieferadresse:

Alternative Lieferadresse (z.B: Pflegedienst, Angehörige):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die o.g. Auswahl der Pflegebox, dass ecura GmbH mich zu Informationszwecken kontaktieren darf und dass meine Daten für Abrechnungszwecke an den Dienstleister der RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH weitergeleitet werden dürfen. Sofern ich bereits Pflegehilfsmittel von einem anderen Dienstleister erhalte, trage ich die Kosten für den doppelten Bezug selbst.

X

Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)