



# Auswahl / Bestellschein Ihrer HiMiBo

Wählen Sie aus unseren verschiedenen Varianten!

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

bitte in Druckbuchstaben lesbar ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Geb.-Datum:		Versicherten-Nr.:	

## Lieferung / Lieferadresse









Die monatliche Lieferung meiner HiMiBo soll bitte erfolgen an:

- mich direkt (den/die Pflegebedürftige(n)/Versicherte(n))
  die/den Angehörige(n)/Pflegeperson/Betreuer(in)
  den Pflegedienst s. u.

Liefermonat:

Wählen Sie hier Ihre gewünschte HiMiBo - monatlicher Wechsel möglich!

kreuzen Sie hier bitte die gewünschte HiMiBo an!

<input type="checkbox"/>  50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500ml Händedesinfektion 500ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  400 Einmalhandschuhe 500ml Händedesinfektion 500ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe 50 Mundschutz 100 Schutzschürzen 500ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>  75 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe
<input type="checkbox"/>  75 Bettschutzeinlagen 500ml Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>  200 Einmalhandschuhe 1000ml Händedesinfektion 1000ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/>  100 Bettschutzeinlagen	<input type="checkbox"/>  25 Bettschutzeinlagen 200 Einmalhandschuhe 500ml Händedesinfektion 500ml Flächendesinfektion

Größe Einmalhandschuhe:  S  M  L  XL

**Eigene Zusammenstellung:**

---



---



---



---



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

Es gelten unsere umseitig stehenden Allgemeinen Geschäftsbedingung (AGB) mit entsprechender Erklärung zum Datenschutz!

HiMiBo - [www.HiMiBo.de](http://www.HiMiBo.de) - Tel. 035325-6568990

Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Bestellschein an uns mit dem beiliegenden Freiumschlag zurück. Bei Erstbestellung benötigen wir zusätzlich den Antrag auf Kostenübernahme durch Ihren Kostenträger/Pflegekasse.

