

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. §78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Erklärung zum Erhalt eines Pflegehilfsmittels

.....
(Name der Pflegekasse)

.....
(IK der Pflegekasse)

.....
(Anschrift und Telefonnummer der Pflegekasse)

.....
(Name, Anschrift und Telefonnummer des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners)

.....
(Krankenversicherungsnummer, Pflegeversicherungsnummer)

.....
Eunaxis Medical GmbH

(Name des Leistungserbringers)

.....
330832357

(IK des Leistungserbringers)

.....
Max-Stromeyer-Str. 116, 78467 Konstanz, Tel.: 07531 / 2849-110, Fax 07531 / 2849-112

(Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers)

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mit heute..... im augenscheinlich hygienisch und einwandfreiem Zustand nachfolgend aufgeführte zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich – in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels eingewiesen.

Art des Pflegehilfsmittels:

Anzahl:

.....
.....
.....
.....

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

.....
(Datum und Unterschrift)

Zurück an:

Eunaxis Medical
Klinik, Pflege- und Home Care-Bedarf

Eunaxis Medical GmbH
Max-Stromeyer Str. 116
78467 Konstanz

Tel.: 07531 / 2849-110
Fax: 07531 / 2849-112