

Anspruchsberechtigte Person

Vorname: Geburtsdatum:

Name: Versichertennummer:

Pflegende Person

Vorname: Name:

Ich stehe mit dem Pflegebedürftigen in folgender Beziehung: Angehöriger Betreuer sonstige Pflegeperson

Beratungsthemen

- Pflegehilfsmittel zum Verbrauch**
(gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI)

Einzureichende Unterlagen:

- Beratungsprotokoll
- berrybox-Antrag
- Lieferantenwahl

INTERNE ANGABEN:
(durch BUNZL auszufüllen)

- Es wird bestätigt, dass folgende Beratungsleistungen durchgeführt wurden:
- Aufklärung über den gesetzlichen Anspruch zur Erstattung von zum Gebrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
 - Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Produkte
 - Sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte

- Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel**

Einzureichende Unterlagen:

- Beratungsprotokoll
- Beratungsbogen IKM
- Lieferantenwahl
- Gültiges Rezept

INTERNE ANGABEN:
(durch BUNZL auszufüllen)

- Ich bin darüber informiert worden, dass ich meinen Lieferanten/ Leistungserbringer jederzeit wechseln kann, ohne dass hierbei Nachteile bei der Versorgung entstehen. Ich wurde über mögliche Alternativen informiert.

- Das beratende Unternehmen übermittelt die von Ihnen angegebenen Daten an BUNZL Healthcare GmbH mit dem Zweck, die durchgeführte Beratung nachzuweisen. Die Verarbeitung Ihrer angegebenen Daten beruht auf dem berechtigten Interesse des beratenden Unternehmens, den Nachweis zu Beratung zu Abrechnungszwecken zu führen. Es besteht das Recht, der Verwendung der Daten zu widersprechen – per E-Mail an datenschutz@bunzl-healthcare.de oder postalisch an BUNZL Healthcare GmbH, Kitzingstraße 15–19, 12277 Berlin.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten, Betreuers oder Bevollmächtigten

Beratendes Unternehmen

Unternehmen: Stempel:

Name (Berater):

Ort, Datum: Unterschrift: Kundennummer: