

Auswahl der gewünschten BeleschBox



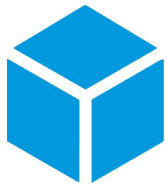
Lieferinformationen angeben

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme):

☐ Frau ☐ Herr

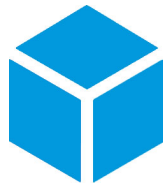
Vorname: _____ Nachname: _____

Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐



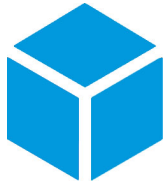
☐ BeleschBox 1

2x 100 Stück Einmalhandschuhe
500 ml Handdesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
12 Stück FFP2 Masken



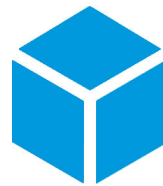
☐ BeleschBox 2

100 Stück Einmalhandschuhe
2x 500 ml Handdesinfektion
25 Stück Bettschutzeinlagen
8 Stück FFP2 Masken



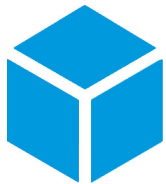
☐ BeleschBox 3

1 Pack Desinfektionstücher
1x 500 ml Handdesinfektion
1x 500 ml Flächendesinfektion
10 Stück FFP2 Masken



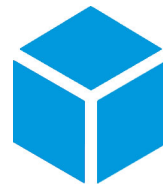
☐ BeleschBox 4

2x 500 ml Flächendesinfektion
2x 500 ml Handdesinfektion
25 Stück FFP2 Masken



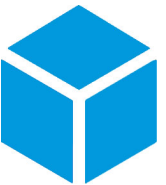
☐ BeleschBox 5

2x 100 Stück Einmalhandschuhe
500 ml Handdesinfektion
1 Pack Desinfektionstücher
4 Stück FFP2 Masken



☐ BeleschBox 6

100 Stück Einmalhandschuhe
500 ml Handdesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
25 Stück Bettschutzeinlagen
6 Stück FFP2 Masken



☐ BeleschIndividuell

Handschuhgröße: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL (Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert)

Die von mir getroffene Auswahl der BeleschBox kann ich jeden Monat neu festlegen.
Änderungen werde ich der MedicCos Inko&Care GmbH rechtzeitig mitteilen.

X

Datum