www.curromed-shop.de

CURROMED+ GMBH
MEDIZIN- & HYGIENE-PRODUKTE

ÜCRETSİZ KATKI PAYI

Bakımı üstlenen yakınlar için
Yardımcı bakım ürünleri

CURRO KUTUSU

Ayda
40 €'ya*
varan değer

KDV dahil*

Curro Med GmbH
Konrad-Zuse-Straße 12
66459 Kirkel
Tel.: 06849 / 750 440
Fax: 06849 / 750 44 49
info@curro-med.de
Öffnungszeiten:
Mo-Do: 08:00 - 17:00 Uhr
Fr: 08:00 - 16:30 Uhr

CURROMED-SHOP.DE

ayda 40 €'ya* varan değer

CURRO KUTUSU

KİŞİYE ÖZEL HAZIRLANIR

- Bakım kademesi (1-5) olan her sigortalı, tüketim amaçlı bakımda
- yardımcı ürünleri yasal olarak alma hakkına sahiptir.
  Başvuru formumuz aracılığıyla hızlı ve basit sipariş
- Bakım kutunuzun başvurusunu ve tüm formalitelerini sizin için biz hallederiz. Bakım kutularının aylık olarak
- değiştirilmesi mümkündür, içerik her zaman ihtiyaçlarınıza göre uyarlanabilir. Bir arama yeterlidir: 06849 / 750 440
- masraflar tamamen bakım sigortanız tarafından karşılanır. Herhangi bir katkı payı ödemesi olmadan.
- ücretsiz teslimat
- Sadece yüksek kaliteli markalı ürünler kullanıyoruz, sözleşmeden
- doğan yükümlülükler yoktur.

Aralarından seçim yapabileceğiniz dört farklı kutu hazırlıyoruz. Başvuru formunda istediğiniz Curro kutusunu işaretlemeniz yeterlidir. Kendinize uygun bir şey bulamazsanız paketinizin içeriğini kendiniz oluşturabilirsiniz. Burada, kişisel Curro Kutunuzu bakım yardımcı ürünleri ile bir araya getirmek için toplam 6 puan değerindeki ürünleri tek tek seçebileceğiniz bir puan sistemi kullanıyoruz. Bitmiş kutuların içerikleri ve her bir ürünün ilgili puanları burada görüntülenebilir.
İki formu doldurmanız ve "Maliyet üstlenme başvurusu"nu ve "Sipariş formunu" e-posta, faks veya posta yoluyla Curro Med GmbH'ye göndermeniz yeterlidir.
Bakım sigortanızın onayından sonra Curro Kutunuzu sorunsuz bir şekilde evinize teslim alacaksınız.

İÇİNDEKİLER		Curro - Kutusu 1	Curro - Kutusu 2	Curro - Kutusu 3	Puanlar
Yatak koruyucuları ***- Tek kullanımlık***	*25 adet 60 x 90 cm*		*25 adet*		*2*
tek kullanımlık eldivenler	*Nitril, 100 adet*	*100 adet*	*100 adet*	*100 adet*	*1*
Parmak eldiveni	*lateksten yapılmış, 100 adet*			*100 adet*	*1*
El dezenfeksiyonu	*500 ml*	*500 ml*	*500 ml*	*500 ml*	*1*
Yüzey dezenfektan mendilleri	*80 adet*		80 adet		*2*
Yüzey dezenfeksiyonu	*500 ml*	*500 ml*		*500 ml*	*1*
cerrahi yüz maskesi	*50 adet, burun klipsi ve Lastik*				*1*
FFP2 maskeleri	*5 adet, burun klipsi ve lastik*	*5 adet*		*5 adet*	*1*
Koruyucu önlükler tek kullanımlık	*100 adet, su geçirmez*			*100 adet*	*2*
Tek kullanımlık koruyucu önlük	*100 adet*	*100 adet*			

KDV dahil*

CURROMED-SHOP.DE

BESTELLFORMULAR

(SİPARİŞ FORMU)

FÜR IHR MONATLICHES PFLEGEHILFSMITTELSET

(AYLIK BAKIM SETİ İÇİN)

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

(§ 40 paragraf 2 ile bağlantılı olarak § 78 paragraf 1 uyarınca SGB XI)

BESTELLER (PFLEGEBEDÜRFTIGE/R) (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

(MÜŞTERİ (Bakım ihtiyacı olan kişiler) *(Lütfen büyük harflerle doldurunuz))*

Vorname *(Adınız)* | Nachname *(Soyadınız)*

Straße, Haus-Nr. *(Sokak, Ev no.)* | PLZ, Ort *(ZIP / Şehir)*

Telefon *(Telefon)* | E-Mail (falls vorhanden) *(e-posta (varsa)*

ANGEHÖRIGE/R, PRIVATE PFLEGEPERSON ODER BETREUER/IN

(AKRABA, ÖZEL BAKICI)

Vorname *(Adınız)* | Nachname *(Soyadınız)*

Straße, Haus-Nr. *(Sokak, Ev no.)* | PLZ, Ort *(ZIP / Şehir)*

Telefon *(Telefon)* | E-Mail (falls vorhanden) *(e-posta (varsa)*

☐ Curro-Box 1 *(Curro kutusu 1)* ☐ Curro-Box 2 *(Curro kutusu 2)* ☐ Curro-Box 3 *(Curro kutusu 3)* ☐ Curro-Box individuell *(Curro kutusu Kişiye özel)*

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ***(Sarf malzemesi bakım yardımcıları ürünleri)***	**Pflegehilfsmittelpositionsnummer** ***(Bakım yardımcı ürünleri pozisyon numarası)***	**Punkte** ***(Puanlar)***	**Menge eintragen** ***(Miktarı girin)***
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch *(Emici Yatak koruyucu pedi- Tek kullanımlık)*	54.45.01.0001	2	_____
Einmalhandschuhe *(tek kullanımlık eldivenler)*	54.99.01.0001	1	_____
Fingerlinge *(Parmak eldiveni)*	54.99.01.0001	1	_____
Mundschutz *(Ağız koruyucu)*	54.99.01.2001	1	_____
Schutzschürzen - Einmalgebrauch *(Koruyucu önlükler - tek kullanımlık)*	54.99.01.3001	2	_____
Schutzschürzen - wiederverwendbar *(Koruyucu önlükler - tekrar kullanılabilir)*	54.99.01.3002	4	_____
Händedesinfektionsmittel *(el dezenfektanı)*	54.99.02.0001	1	_____
Flächendesinfektionsmittel *(yüzey dezenfektanı)*	54.99.02.0002	1	_____
Flächendesinfektionstücher *(Yüzey dezenfektan mendilleri)*		2	_____
FFP2-Masken *(FFP2 maskeleri)*		1	_____
Einmal-Schutzlätzchen *(Tek kullanımlık koruyucu önlük)*		2	_____

Lieferadresse: *(Teslimat adresi:)* ☐ Besteller *(Müşteri)* ☐ Private Pflegeperson *(Özel Bakıcı)*

Größe Handschuhe: *(Eldiven Bedeni:)* ☐ XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

Größe Fingerlinge: *(Parmak eldiveni)* ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

LEISTUNGSERBRINGER

Curro Med GmbH
Konrad-Zuse-Straße 12
66459 Kirkel
İK numarası: 331003481

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass eine kostenlose Lieferung der Pflegehilfsmittel erst nach Bewilligung durch die Pflegekasse erfolgt. Im Falle eines Widerrufes der Bewilligung behält sich Curro Med GmbH vor, die Lieferung einzustellen. Ich kann die Pflegehilfsmittelbox monatlich per Telefon, E-Mail, Fax oder Post wechseln.

(Bakım yardımlarının ancak bakım sigortası tarafından onaylandıktan sonra ücretsiz olarak teslim edilebileceğini kabul ediyorum. Yetkinin iptal edilmesi durumunda, Curro Med GmbH teslimatı durdurma hakkını saklı tutar. Yardım kutusunu ayda bir telefon, e-posta, faks veya posta yoluyla değiştirebilirim.)

CURROMED-SHOP.DE

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME
(MASRAFLARIN ÜSTLENME TALEBİ)

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

VERSICHERTE/R (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)
(SİGORTALI) *(Lütfen büyük harflerle doldurunuz)*

Name, Vorname *(Soyadınız, Adınız)*	Geburtsdatum *(doğum tarihi)*
Straße, Hausnummer *(Sokak, Ev no.)*	PLZ, Ort *ZIP (Şehir)*
Telefon *(Telefon)*	E-Mail (falls vorhanden) *(Telefon)*
Krankenkasse *(sağlık Sigortası)*	Versicherten-Nr. *(Sigorta numarası)*

Pflegegrad: *(Bakım seviyesi:)* Privatversichert: *(Özel sigortalı:)* ☐ Ja *(Evet)* ☐ Nein *(Hayır)* Beihilfeberechtigt: *(yardım hakkına sahip:)* ☐ Ja *(Evet)* ☐ Nein *(Hayır)*

ICH BEANTRAGE DIE KOSTENÜBERNAHME FÜR
(AŞAĞIDAKİLERİN GERİ ÖDEMESİ İÇİN BAŞVURUYORUM)

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. 40,00€ (inkl. Mwst.) pro Monat
(Ayda maksimum 40,00 €'ya (KDV dahil) kadar sarf malzemesi bakım yardımları (PG 54))

Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch - 60 x 90 cm *(Emici Yatak koruyucu pedi- Tek kullanımlık - 60 x 90 cm)*	*54.45.01.0001*
Einmalhandschuhe *(tek kullanımlık eldivenler)*	*54.99.01.0001*
Fingerlinge *(Parmak eldiveni)*	*54.99.01.0001*
Mundschutz *(Ağız koruyucu)*	*54.99.01.2001*
Schutzschürzen - Einmalgebrauch *(Koruyucu önlükler - tek kullanımlık)*	*54.99.01.3001*
Schutzschürzen - wiederverwendbar *(Koruyucu önlükler - tekrar kullanılabilir)*	*54.99.01.3002*
Händedesinfektionsmittel *(el dezenfektanı)*	*54.99.02.0001*
Flächendesinfektionsmittel Flächendesinfektionstücher/yüzey dezenfektanı yüzey dezenfektan mendilleri	*54.99.02.0002*

☐ darüber hinaus beantrage ich einmalig die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 51 nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI. (wiederverwendbare Bettschutzeinlagen)
(Ayrıca, 51 ürün grubundaki bakım yardımcıları için maliyetlerin üstlenilmesi için bir kereliğine başvuruyorum. § 40 paragraf 3 cümle 5 SGB XI'e göre. (tekrar kullanılabilir yatak koruyucuları))

durch den Leistungserbringer: Curro Med GmbH, Konrad-Zuse-Straße 12, 66459 Kirkel, Tel.:06849 / 750 440
(servis sağlayıcı tarafından) E-Mail: info@curro-med.de, IK-Nummer: 331003481

Ich beauftrage die Curro Med GmbH mit der fortlaufenden Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Curro Med GmbH mit Eingang des Antrages als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Hiermit trete ich als Antragssteller/Leistungsnehmer gemäß § 38 BGB an die Curro Med GmbH, Konrad-Zuse-Straße 12, 66459 Kirkel meinen Kostenerstattungsanspruch nach Bewilligung des Pflegepaketes gegenüber der Pflegekasse ab. Die Curro Med GmbH nimmt die Abtretung hiermit an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante, private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt.

Versicherte/r bitte hier unterschreiben!
(Sigortalılar lütfen burayı imzalayın!)

X

Ort und Datum *(yer ve tarih)* — Unterschrift Versicherte/r bzw. Bevollmächtigte/r *(Sigortalı veya yetkili temsilcisinin imzası)*

GENEHMIGUNGSVERMERK MIT DER PFLEGEKASSE
von der Pflegekasse auszufüllen

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Ort und Datum *(yer ve zaman)* — IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift *(Bakım Sigortasının IK'sı, kaşesi ve imzası)*

... ve inkontinans
rahatsızlığınız varsa,

Reçetenizi
bize iletirseniz,
reçetenizi
memnuniyetle
kullanır

ve size yeterli yüksek kaliteli
ürünleri sağlarız.

BİZİ TERCİH ETTİĞİNİZ İÇİN

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİZ

Şimdi doldurulmuş formları bize geri gönderin.

Bakım sigortanızın onayından sonra Curro Kutunuzu sorunsuz bir şekilde evinize teslim alacaksınız - hiçbir ek ücret ödemeden!
hiçbir ek ücret ödemeden!

CURROMED+ GMBH
MEDIZIN- & HYGIENE-PRODUKTE

Curro Med Gmb H
Konrad- Zuse- Straße 12
66459 Kirkel

info@ curro- med. de

Telefon: 06849 / 750 440

Fax: 06849 / 750 44 49

06 /2023