Antrag auf Kostenübernahme
für Pflegehilfsmittel

strehlow

Versorgung der versicherten Person mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Versicherte Person	**Pflegegrad**
☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Kein Pflegegrad
Vorname / Name	Geburtsdatum
Straße / Nr.	Pflegekasse
PLZ / Ort	Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal zum Höchstbetrag, bei Beihilfeberechtigung bis zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
Darüber hinausgehende Kosten sind von mir selbst zu tragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge / Faktor (Bitte eintragen!)	Übliche Abgabemenge, ÜAM (Erläuterung zum Eintrag)
Saugende Bettschutzeinlagen 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	1 Stück		ÜAM 50 Stück (Eintrag dann 50)
Fingerlinge Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.0001	1 Stück		ÜAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Einmalhandschuhe Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.1001	1 Stück		ÜAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Medizinische Gesichtsmasken Einmalgebrauch	54.99.01.2001	1 Stück		ÜAM 50 Stück (Eintrag dann 50)
Partikelfilternde Halbmasken FFP2 oder vergleichbare Masken	54.99.01.5001	1 Stück		ÜAM 10 Stück (Eintrag dann 10)
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		ÜAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Schutzschürzen Wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		ÜAM 1 Stück (Eintrag dann 1)
Schutzservietten Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		ÜAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Händedesinfektionsmittel Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0001	100 ml		bei 500 ml (Eintrag dann 5), bei 1000 ml (Eintrag dann 10)
Flächendesinfektionsmittel* Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0002	100 ml		bei 500 ml (Eintrag dann 5), bei 1000 ml (Eintrag dann 10)
Händedesinfektionstücher Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0014	1 Stück		Derzeit leider nicht verfügbar.
Flächendesinfektionstücher Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0015	1 Stück		ÜAM 80 Stück (Eintrag dann 80)

*Biozidprodukt mit Vorsicht verwenden. Vor Gebrauch stets Kennzeichnung und Produktinformation lesen.

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (Produktgruppe 51) abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung, sofern keine Befreiung vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge / Faktor (Bitte eintragen!)	Übliche Abgabemenge, ÜAM (Erläuterung zum Eintrag)
Saugende Bettschutzeinlagen Wiederverwendbar	51.40.01.4 ..... (Letzte 3 Ziffern ergänzen!)	1 Stück		ÜAM 1 Stück (Eintrag dann 1)

Antrag auf Kostenübernahme
für Pflegehilfsmittel

Durch folgenden Leistungserbringer:

Strehlow GmbH, Havelstraße 23, 39126 Magdeburg, Institutskennzeichen: IK 331500427
(Wird von der Strehlow GmbH ausgefüllt!)

Nummer des Mitarbeitenden ..... Datum ..... Unterschrift des Mitarbeitenden .....

☒ Ich bin von dem oben genannten Leistungserbringer vor der Abgabe des/der Pflegehilfsmittels/Pflegehilfsmittel umfassend beraten worden, insbesondere darüber:

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- welche ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle Beratung per Telefon oder digital (z.B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Beratung durch den oben genannten Dienstleister
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

☐ Persönliche Beratung
☐ Beratung meiner Betreuungsperson (gesetzlicher Vertreter, Bevollmächtigter oder Angehöriger)

☒ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die angeforderten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht für Pflegedienste oder Tagespflegeeinrichtungen) verwendet werden dürfen.**

☒ Ich bin darüber informiert worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für die Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse erhalten habe. Darüber hinausgehende Kosten sind von mir selbst zu tragen.

Ort, Datum ..... Unterschrift versicherte/bevollmächtigte Person .....

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse
(Wird von der Pflegekasse ausgefüllt!)

☐ PG 54 bis 40,00 € monatlich
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung
☐ PG 54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigung)
☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung

IK-Nr. der Pflegekasse ..... Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse .....