

Ausfüllhilfe

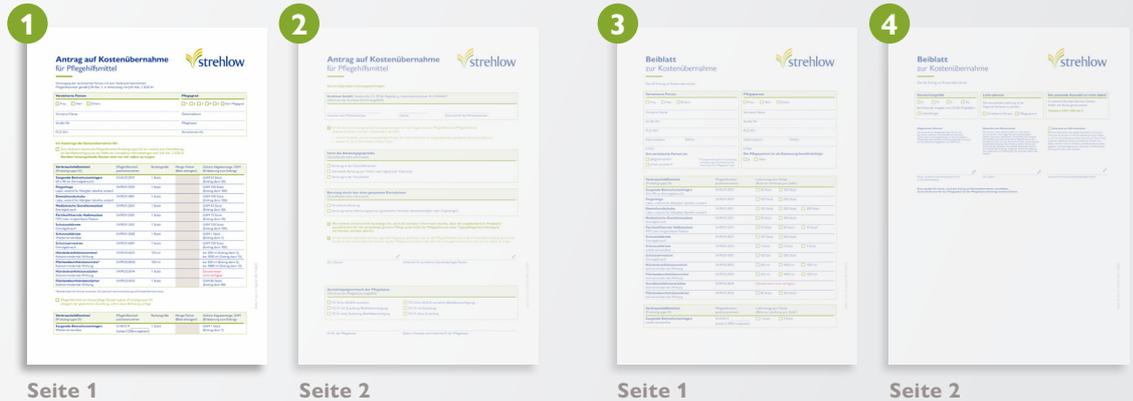
Antrag auf Kostenübernahme



Bitte füllen Sie das Formular **Antrag auf Kostenübernahme** **1** + **2** aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann. Das Formular ist entweder von der versicherten Person selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen. Bitte senden Sie den **Antrag auf Kostenübernahme** **1** + **2** zusammen mit dem ausgefüllten **Bestellformular** **3** + **4** an uns zurück.

Per E-Mail an:
info@strehlow.info

Per Post an:
Strehlow GmbH
Pflegethilfsmittel
Havelstraße 23
39126 Magdeburg



1

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

Versicherte Person		Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers	
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 Befähigungsberechtigung bis zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten sind von mir selbst zu tragen.**

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge / Faktor (Bitte eintragen)	Übliche Abgabemenge, UAM (Erläuterung zum Eintrag)
Saugende Bettschutzeinlagen 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	1 Stück		UAM 50 Stück (Eintrag dann 50)
Fingerlinge Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.0001	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Einmalhandschuhe Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.1001	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Medizinische Gesichtsmasken Einmalgebrauch	54.99.01.2001	1 Stück		UAM 50 Stück (Eintrag dann 50)
Partikelfilternde Halbmasken FFP2 oder vergleichbare Masken	54.99.01.5001	1 Stück		UAM 10 Stück (Eintrag dann 10)
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Schutzschürzen Wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		UAM 1 Stück (Eintrag dann 1)
Schutzservietten Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		UAM 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		UAM 80 Stück (Eintrag dann 80)

* Biologisch produkt 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)	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge / Faktor (Bitte eintragen)	Übliche Abgabemenge, UAM (Erläuterung zum Eintrag)
Saugende Bettschutzeinlagen Wiederverwendbar	51.40.01.4 (Letzte 3 Ziffern ergänzen!)	1 Stück		UAM 1 Stück (Eintrag dann 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre **persönlichen Daten** ein.

Bitte tragen Sie in der Spalte **„Menge/Faktor“** die gewünschte Menge der jeweiligen Produkte ein, die wir bei Ihrer Pflegekasse beantragen.

Falls Sie zusätzlich **wiederverwendbare Bettschutzeinlagen** benötigen: Tragen Sie hier die gewünschte Menge ein.

Ausfüllhilfe

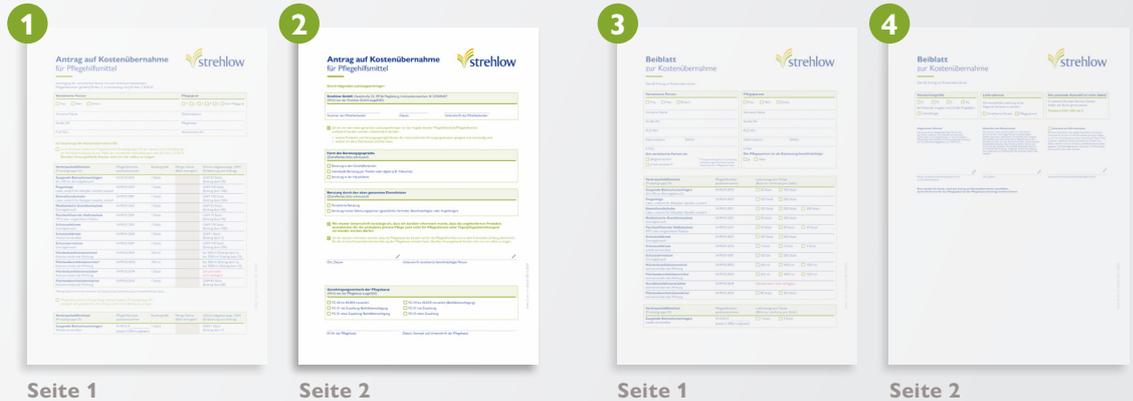
Antrag auf Kostenübernahme



Bitte füllen Sie das Formular **Antrag auf Kostenübernahme 1 + 2** aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann. Das Formular ist entweder von der versicherten Person selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen. Bitte senden Sie den **Antrag auf Kostenübernahme 1 + 2** zusammen mit dem ausgefüllten **Bestellformular 3 + 4** an uns zurück.

Per E-Mail an:
info@strehlow.info

Per Post an:
Strehlow GmbH
Pflegehilfsmittel
Havelstraße 23
39126 Magdeburg



2

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Durch folgenden Leistungserbringer:

Strehlow GmbH, Havelstraße 23, 39126 Magdeburg, Institutskenzeichen: 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 54 bis 20,00€ monatlich (Beihilferechtigung)
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtigung PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigung PG 51 ohne Zuzahlung

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

Seite 2 von 2 • Stand: 08.11.2024

Bitte nicht ausfüllen.
Dieser Abschnitt wird nur vom Mitarbeitenden der Strehlow GmbH ausgefüllt.

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an und bestätigen Sie, dass Sie über die aufgeführten Punkte der **Beratung** informiert wurden.

Bitte hier **Ort und Datum** eintragen und den Antrag auf Kostenübernahme unterschreiben.

Bitte nicht ausfüllen. Dieser Abschnitt wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

Ausfüllhilfe

Beiblatt zur Kostenübernahme



Bitte füllen Sie das **Beiblatt zur Kostenübernahme 3 + 4** aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann. Das Formular ist entweder von der versicherten Person selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen. Bitte senden Sie das ausgefüllte **Beiblatt zur Kostenübernahme 3 + 4** zusammen mit dem **Antrag auf Kostenübernahme 1 + 2** an uns zurück.

Per E-Mail an:
info@strehlow.info

Per Post an:
Strehlow GmbH
Pflegethilfsmittel
Havelstraße 23
39126 Magdeburg



3

Beiblatt zur Kostenübernahme

Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

Versicherte Person

Frau Herr Divers

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum Telefon

E-Mail

Die versicherte Person ist:

pflegeversichert *Personen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten bei ihrer Pflegekasse selbst.

privat versichert

Pflegeperson

Frau Herr Divers

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum Telefon

E-Mail

Die Pflegeperson ist als Betreuung bevollmächtigt:

ja Nein

Verbrauchhilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegethilfsmittelpositionennummer	Liefermenge pro Monat (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile)
Saugende Bettstutzeinlagen 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/> 50 Stück <input type="checkbox"/> 100 Stück
Fingerringe Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/> 100 Stück <input type="checkbox"/> 200 Stück
Einmalhandschuhe Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/> 100 Stück <input type="checkbox"/> 200 Stück <input type="checkbox"/> 300 Stück
Medizinische Gesichtsmasken Einmalgebrauch	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/> 50 Stück <input type="checkbox"/> 100 Stück
Partikelfilternde Halbmasken FFP2 oder vergleichbare Masken	54.99.01.5001	<input type="checkbox"/> 10 Stück <input type="checkbox"/> 20 Stück <input type="checkbox"/> 30 Stück
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/> 100 Stück <input type="checkbox"/> 200 Stück
Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 2 Stück <input type="checkbox"/> 3 Stück
Schutzervietten Einmalgebrauch	54.99.01.4001	<input type="checkbox"/> 100 Sct. <input type="checkbox"/> 200 Stück
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/> 500 ml <input type="checkbox"/> 1000 ml <input type="checkbox"/> 1500 ml
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/> 500 ml <input type="checkbox"/> 1000 ml <input type="checkbox"/> 1500 ml
Händedesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0014	Derzeit leider nicht verfügbar.
Flächendesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0015	<input type="checkbox"/> 80 Stück <input type="checkbox"/> 160 Stück

Verbrauchhilfsmittel (Produktgruppe 51)

Saugende Bettstutzeinlagen
wiederverwendbar

51.40.01.4 (Letzte 3 Ziffern ergänzen)

1 Stück 2 Stück

Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein.

Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten der Pflegeperson ein.

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte Menge der einzelnen Produkte an. Bitte nur ein Kreuz pro Zeile machen.

Ausfüllhilfe

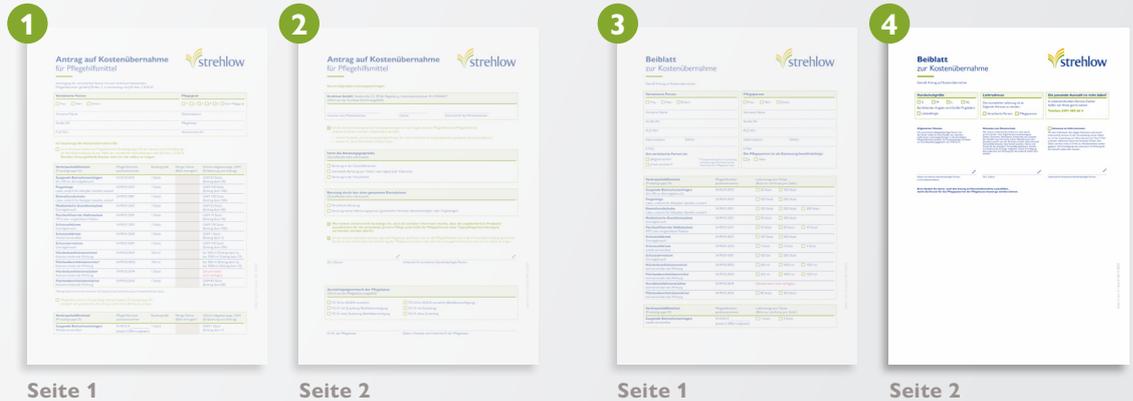
Beiblatt zur Kostenübernahme



Bitte füllen Sie das **Beiblatt zur Kostenübernahme 3 + 4** aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann. Das Formular ist entweder von der versicherten Person selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen. Bitte senden Sie das ausgefüllte **Beiblatt zur Kostenübernahme 3 + 4** zusammen mit dem **Antrag auf Kostenübernahme 1 + 2** an uns zurück.

Per E-Mail an:
info@strehlow.info

Per Post an:
Strehlow GmbH
Pflegehilfsmittel
Havelstraße 23
39126 Magdeburg



4

Beiblatt zur Kostenübernahme

Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

Handschuhgröße

S M L XL

Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

Latexallergie

Lieferadresse

Die monatliche Lieferung ist an folgende Adresse zu senden:

Versicherte Person Pflegeperson

Die passende Auswahl ist nicht dabei!

In unserem Kunden-Service-Center helfen wir Ihnen gerne weiter:

Telefon: 0391 505 66 0

Allgemeiner Hinweis

Die versicherte/pflegebedürftige Person hat das Recht, selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten Leistungen/Erträge für die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Für Rückstellungen erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 9,90 Euro.

Hinweise zum Datenschutz

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass folgende personenbezogene Daten (Vorname, Nachname, Anschrift) zum Zwecke der Auslieferung (Versand) meiner Bestellung an den aktuellen (bzw. von der Strehlow GmbH autorisierten) Versanddienstleister übermittelt werden. Name und Anschrift des aktuellen Versanddienstleiters werden auf telefonische Anfrage mitgeteilt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Interesse an Informationen

Mit dem Ankreuzen des obigen Kästchens und meiner Unterschrift stimme ich der Verwendung meiner Daten zu mit der Zuordnung von Informationen per Post E-Mail und/oder telefonisch durch die Strehlow GmbH. Ihre Daten werden nicht an Dritte zu Werbezwecken weitergegeben. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Name versicherte/bevollmächtigte Person (in Druckbuchstaben) _____

Ort, Datum _____

Unterschrift versicherte/bevollmächtigte Person _____

Bitte denken Sie daran, auch den Antrag auf Kostenübernahme auszufüllen, damit die Kosten für das Pflegepaket bei der Pflegekasse beantragt werden können.

Seite 2 von 4 • Stand: 08.11.2024

Bitte wählen Sie die gewünschte **Handschuhgröße**.

Bitte hier ankreuzen, **wer die monatliche Lieferung erhalten soll**.

Füllen Sie bitte **Ort, Datum und Unterschrift** auf dem Beiblatt aus.