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.

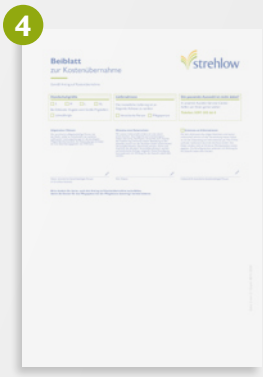
Per E-Mail an:
info@strehlow.info

Per Post an:
Strehlow GmbH
Pflegehilfsmittel
Havelstraße 23
39126 Magdeburg

1 Seite 1

2 Seite 2

3 Seite 1


4 Seite 2

1

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)

Seite 1 von 2 • Stand: 25.04.2025

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

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

c 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.

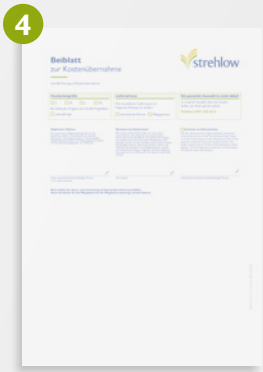
Per E-Mail an:
info@strehlow.info

Per Post an:
Strehlow GmbH
Pflegehilfsmittel
Havelstraße 23
39126 Magdeburg

1 Seite 1

2 Seite 2

3 Seite 1


4 Seite 2

2

Antrag auf Kostenübernahme
für Pflegehilfsmittel

strehlow

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 42,00 € 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

Seite 1 von 2 • Stand: 25.04.2025

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

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

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

g **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.

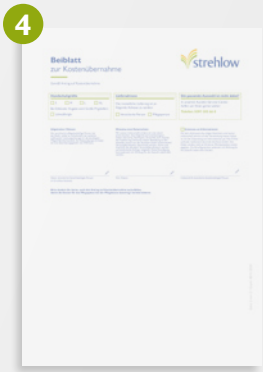
Per E-Mail an:
info@strehlow.info

Per Post an:
Strehlow GmbH
Pflegehilfsmittel
Havelstraße 23
39126 Magdeburg

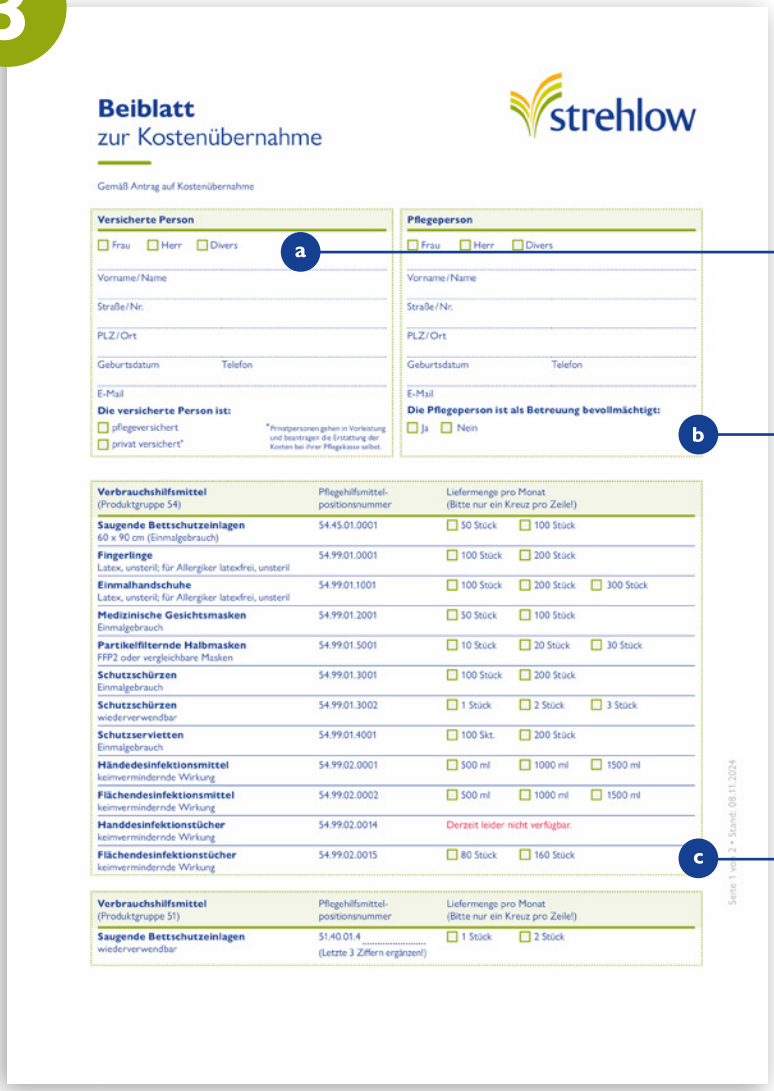
1 Seite 1

2 Seite 2

3 Seite 1


4 Seite 2

3



Beiblatt
zur Kostenübernahme

strehlow

Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

Versicherte Person	Pflegeperson
☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers
Vorname/Name	Vorname/Name
Straße/Nr.	Straße/Nr.
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Geburtsdatum Telefon	Geburtsdatum Telefon
E-Mail	E-Mail
Die versicherte Person ist:	**Die Pflegeperson ist als Betreuung bevollmächtigt:**
☐ pflegeversichert	☐ Ja ☐ Nein
☐ privat versichert*	

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Liefermenge pro Monat (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile!)		
Saugende Bettschutzeinlagen 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	☐ 50 Stück	☐ 100 Stück	
Fingerlinge Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.0001	☐ 100 Stück	☐ 200 Stück	
Einmalhandschuhe Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.1001	☐ 100 Stück	☐ 200 Stück	☐ 300 Stück
Medizinische Gesichtsmasken Einmalgebrauch	54.99.01.2001	☐ 50 Stück	☐ 100 Stück	
Partikelfilternde Halbmasken FFP2 oder vergleichbare Masken	54.99.01.5001	☐ 10 Stück	☐ 20 Stück	☐ 30 Stück
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	☐ 100 Stück	☐ 200 Stück	
Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002	☐ 1 Stück	☐ 2 Stück	☐ 3 Stück
Schutzservietten Einmalgebrauch	54.99.01.4001	☐ 100 Skt.	☐ 200 Stück	
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0001	☐ 500 ml	☐ 1000 ml	☐ 1500 ml
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0002	☐ 500 ml	☐ 1000 ml	☐ 1500 ml
Handdesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0014	Derzeit leider nicht verfügbar.		
Flächendesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0015	☐ 80 Stück	☐ 160 Stück	

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Liefermenge pro Monat (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile!)	
Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	51.40.01.4 ..... (Letzte 3 Ziffern ergänzen!)	☐ 1 Stück	☐ 2 Stück

Seite 1 von 2 • Stand: 08.11.2024

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

b Bitte tragen Sie hier die **persönlichen Daten der Pflegeperson** ein.

c 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

1

Seite 1

2

Seite 2

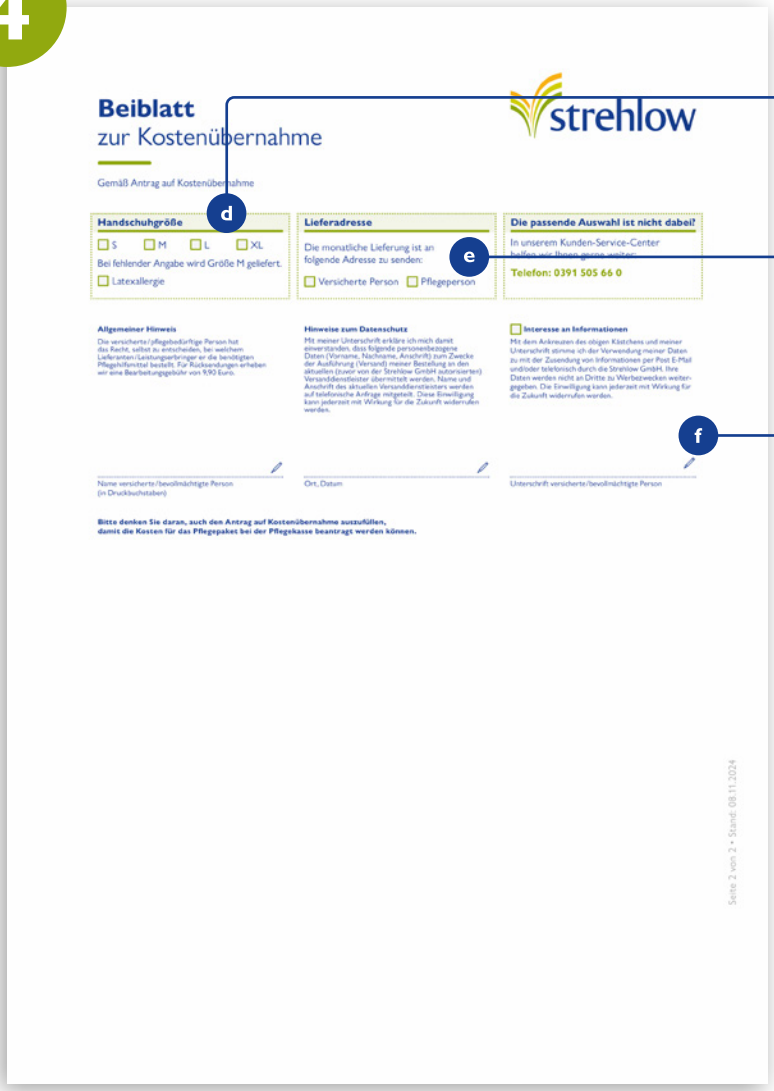
3

Seite 1

4

Seite 2

4



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.