

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 aus gefüllten 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



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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad
Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.	Pflegekasse
PLZ, Ort	Versicherten-Nr.:

a

Bitte tragen Sie hier Ihre
persönlichen Daten ein.

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 Bettenschutzeinlagen 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)
Schutzhülsen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		ÜAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
Schutzhülsen 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 Keimvermindern Wirkung	54.99.02.0001	100 ml		bei 500 ml (Eintrag dann 5), bei 1000 ml (Eintrag dann 10)
Flächendesinfektionsmittel*Keimvermindern Wirkung	54.99.02.0002	100 ml		bei 500 ml (Eintrag dann 5), bei 1000 ml (Eintrag dann 10)
Händedesinfektionstücher Keimvermindern Wirkung	54.99.02.0014	1 Stück		Derzeit leider nicht verfügbar.
Flächendesinfektionstücher Keimvermindern Wirkung	54.99.02.0015	1 Stück		ÜAM 100 Stück (Eintrag dann 100)

b

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

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

c

Falls Sie zusätzlich **wiederverwendbare Bettenschutzeinlagen** 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



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

d

Bitte nicht ausfüllen.

Dieser Abschnitt wird nur vom Mitarbeitenden der Strehlow GmbH ausgefüllt.

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

e

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

Beratung durch den oben genannten Dienstleister
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

f

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

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 Kostenübernahmerrklärung der Pflegekasse erhalten habe. Darüber hinausgehende Kosten sind von mir selbst zu tragen.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte/bevollmächtigte Person

Seite 1 von 2 • Stand: 19.11.2025

g

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse
(Wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PG S4 bis 42,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG S4 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigung) |
| <input type="checkbox"/> PG S1 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG S1 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG S1 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG S1 ohne Zuzahlung |

IK-Nr. der Pflegekasse

Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse

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



Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

Versicherte Person	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
<input type="checkbox"/> Divers	
Name, Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Birthdate	Phone
E-Mail	
Die versicherte Person ist:	
<input type="checkbox"/> pflegeversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert

a

Pflegeperson	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
<input type="checkbox"/> Divers	
Name, Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Birthdate	Phone
E-Mail	
Die Pflegeperson ist als Betreuung bevollmächtigt:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte tragen Sie hier
Ihre persönlichen Daten ein.

b

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Liefermenge pro Monat (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile!)	
Saugende Bettenschutzeinlagen 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/> 50 Stück <input type="checkbox"/> 100 Stück	
Fingerlinge Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/> 100 Stück <input type="checkbox"/> 200 Stück	
Einmalhandschuh 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	
Schutzhandschuhe Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/> 100 Stück <input type="checkbox"/> 200 Stück	
Schutzhandschuhe wiederverwendbar	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 2 Stück <input type="checkbox"/> 3 Stück	
Schutzservietten Einmalgebrauch	54.99.01.4001	<input type="checkbox"/> 100 Stk. <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	
Handdesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0014	Derzeit leider nicht verfügbar.	
Flächendesinfektionstücher keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0015	<input type="checkbox"/> 100 Stück <input type="checkbox"/> 200 Stück	

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 55)	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Liefermenge pro Monat (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile!)
Saugende Bettenschutzeinlagen wiederverwendbar	51.40.01.4	<input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 2 Stück

Seite 1 von 2 • Stand: 19.11.2025

c

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

Ausfüllhilfe

Beiblatt zur Kostenübernahme

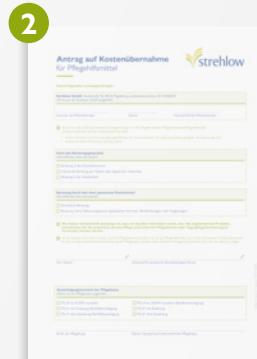
Bitte füllen Sie das Beiblatt zur Kostenübernahme 3 + 4 aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann. Das Formular ist entweder von der versicherten Person selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Beiblatt zur Kostenübernahme 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



Seite 1



Seite 2



Seite 1



Seite 2

4

Beiblatt zur Kostenübernahme

Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

d Handschuhgröße
 S M L XL
 Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.
 Latexallergie

e Lieferadresse
 Die monatliche Lieferung ist an folgende Adresse zu senden:
 Versicherte Person Pflegeperson
 Telefon: 0391 505660

f Unterschrift der versicherten/bevollmächtigten Person

Allgemeiner Hinweis
 Die versicherte/behauptende Person hat das Recht, selbst zu entscheiden, bei welchen Lieferanten/Leistungserbringern er die benötigten Pflegehilfsmittel bezogen werden darf. Wir erhalten eine Bearbeitungsgebühr von 9,90 Euro.

Hinweise zum Datenschutz
 Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass folgende personenbezogene Daten für die Erfüllung des Antrags und im Zuge der Ausführung (Vereinbarung) meiner Bestellung an den aktuellen (hier vor der Strehlow GmbH bestellten) Hersteller/Lieferanten übergeben werden. Nach Ablauf des aktuellen Versandbelehrzeitraums werden diese Daten nach einer entsprechenden Frist wieder gelöscht mit Wirkung für die Zukunft widerufen werden.

Name, Vorname der versicherten/bevollmächtigten Person (in Druckschriftalaten)

Ort, Datum

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

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.