

# Ausfüllhilfe

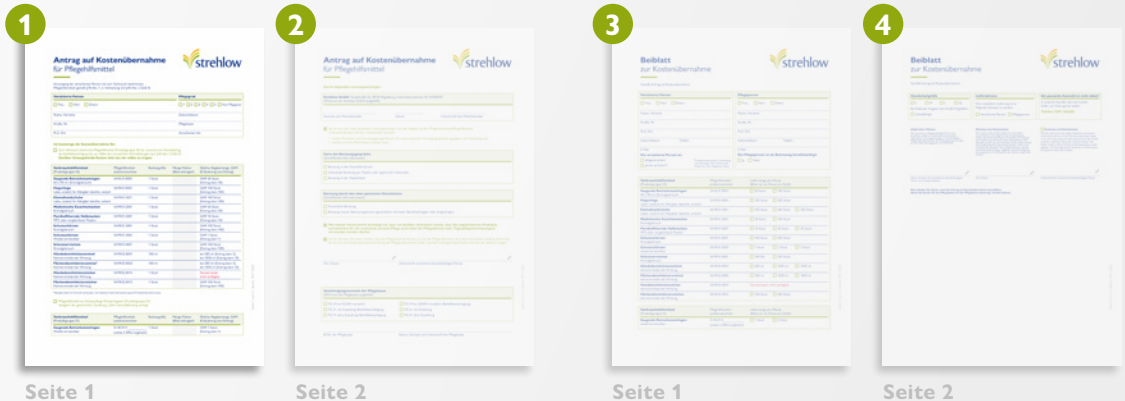
## Antrag auf Kostenübernahme



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

### 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 Name, Vorname Straße, Nr. PLZ, Ort	<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 Geburtsdatum Pflegekasse Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal zum Höchstbetrag, bei Beihilferechtigung 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)
<b>Saugende Bettschutzeinlagen</b> 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	1 Stück		UAM 50 Stück (Eintrag dann 50)
<b>Fingerlinge</b> Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.0001	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
<b>Einmalhandschuhe</b> Latex, unsteril; für Allergiker latexfrei, unsteril	54.99.01.1001	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
<b>Medizinische Gesichtsmasken</b> Einmalgebrauch	54.99.01.2001	1 Stück		UAM 50 Stück (Eintrag dann 50)
<b>Partikelfilternde Halbmasken</b> FFP2 oder vergleichbare Masken	54.99.01.5001	1 Stück		UAM 10 Stück (Eintrag dann 10)
<b>Schutzschürzen</b> Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
<b>Schutzschürzen</b> Wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		UAM 1 Stück (Eintrag dann 1)
<b>Schutzservietten</b> Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)
<b>Händedesinfektionsmittel</b> Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0001	100 ml		bei 500 ml (Eintrag dann 5); bei 1000 ml (Eintrag dann 10)
<b>Flächendesinfektionsmittel*</b> Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0002	100 ml		bei 500 ml (Eintrag dann 5); bei 1000 ml (Eintrag dann 10)
<b>Händedesinfektionstücher</b> Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0014	1 Stück		Derzeit leider nicht verfügbar
<b>Flächendesinfektionstücher</b> Keimvermindernde Wirkung	54.99.02.0015	1 Stück		UAM 100 Stück (Eintrag dann 100)

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

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.

Seite 1 von 2 • Stand: 19.11.2025

# Ausfüllhilfe

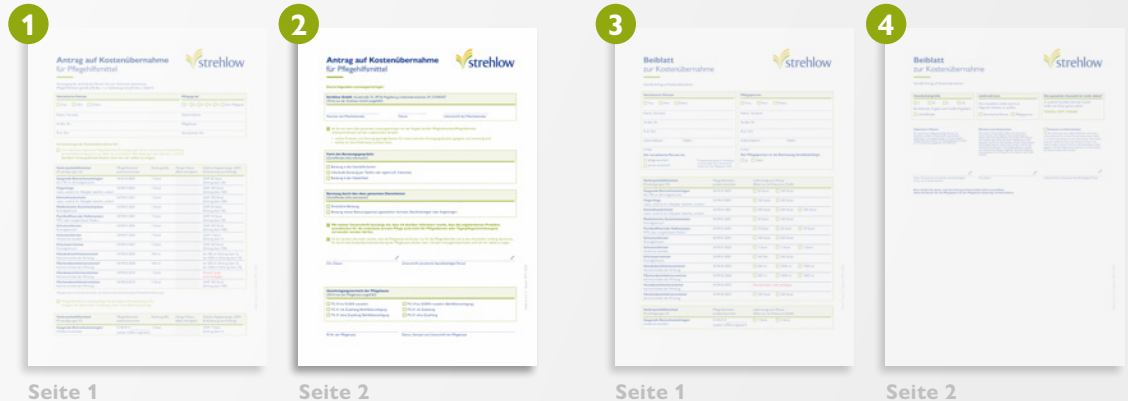
## Antrag auf Kostenübernahme



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 S4 bis 42.00€ monatlich  
☐ PG S1 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung  
☐ PG S1 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

☐ PG S4 bis 20.00€ monatlich (Beihilfeberechtigung)  
☐ PG S1 mit Zuzahlung  
☐ PG S1 ohne Zuzahlung

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

Seite 2 von 4 • Stand: 19.11.2025

**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  
Pflegehilfsmittel  
Havelstraße 23  
39126 Magdeburg



3

### Beiblatt zur Kostenübernahme



Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

Versicherte Person		Pflegeperson	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers	
Name, Vorname		Name, Vorname	
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:	
<input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat versichert*		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
*Privatpersonen gehen in Vorleistung und bestragen die Erstattung der Kosten bei ihrer Pflegekasse selbst.			

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

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Liefermenge pro Monat (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile!)
<b>Saugende Bettwäscheunterlagen</b> wiederverwendbar	51.40.01.4 (Letzte 3 Ziffern ergänzen!)	<input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 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

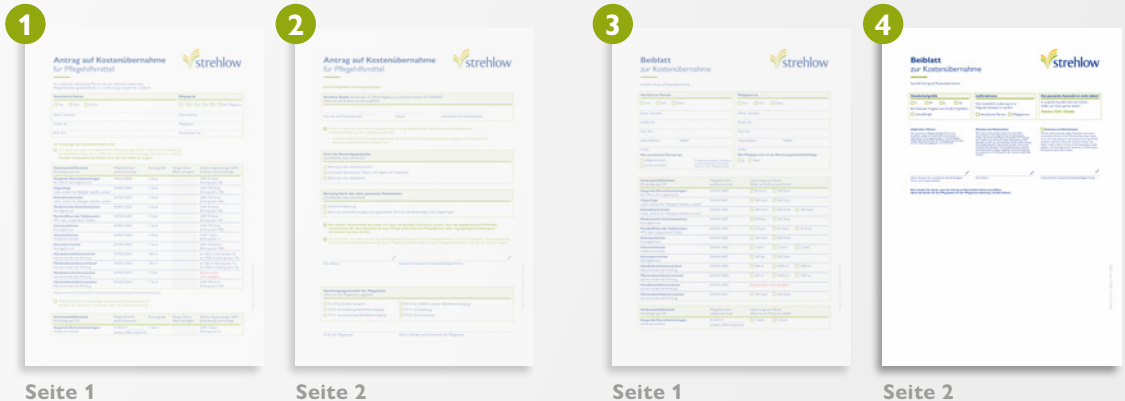
## Beiblatt zur Kostenübernahme



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



Seite 1

Seite 2

Seite 1

Seite 2

4

**Beiblatt zur Kostenübernahme**

Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

**Handschuhgröße** **d**

☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

☐ Latexallergie

**Lieferadresse**

Die monatliche Lieferung ist an folgende Adresse zu senden: **e**

☐ Versicherte Person ☐ Pflegeperson

**Die passende Auswahl ist nicht dabei!**

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

Telefon: 0391 505660

**Interesse an Informationen**

Mit dem Ankreuzen des obigen Kästchens und meiner Unterschrift stimme ich der Verwendung meiner Daten zu und der Zuordnung von Informationen per 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.

**Allgemeiner Hinweis**

Die versicherte/pflegebedürftige Person hat das Recht, selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten Leistungen er/hier für die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Für Rücksendungen 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 Ausführung/Vermeidung meiner Bestellung in den aktuellen (bzw. von der Strehlow GmbH autorisierten) Versanddienstleister übermittelt werden. Name und Anschrift des aktuellen Versanddienstleisters werden auf telefonische Anfrage mitgeteilt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**f**

Name, Vorname der versicherten/bevollmächtigten Person (in Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten/bevollmächtigten 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 2 • Stand: 19.11.2025

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.