

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: <input type="checkbox"/> pflegeversichert *Privatpersonen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten bei ihrer Pflegekasse selbst. <input type="checkbox"/> privat versichert*	Die Pflegeperson ist als Betreuung bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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	<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
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
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 51)	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Liefermenge pro Monat (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile!)
Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	51.40.01.4 (Letzte 3 Ziffern ergänzen!)	<input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 2 Stück

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 505660

Allgemeiner Hinweis

Die versicherte/pflegebedürftige Person hat das Recht, selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er 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 (Versand) meiner Bestellung an den aktuellen (zuvor 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.

☐ Interesse an Informationen

Mit dem Ankreuzen des obigen Kästchens und meiner Unterschrift stimme ich der Verwendung meiner Daten zu mit der Zusendung 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, 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.