

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 <small>* Privatpersonen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten bei ihrer Pflegekasse selbst.</small> <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 Bettenschutzzeinlagen 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 Skt. <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 Bettenschutzzeinlagen wiederverwendbar | | 51.40.01.4 | <input type="checkbox"/> 1 Stück <input type="checkbox"/> 2 Stück (Letzte 3 Ziffern ergänzen!) |

Beiblatt

zur Kostenübernahme



Gemäß Antrag auf Kostenübernahme

| Handschuhgröße | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> L | <input type="checkbox"/> XL |
| Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert. | | | |
| <input type="checkbox"/> Latexallergie | | | |

| Lieferadresse | |
|---|---------------------------------------|
| Die monatliche Lieferung ist an folgende Adresse zu senden: | |
| <input type="checkbox"/> Versicherte Person | <input type="checkbox"/> 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.