

# 1. Antrag auf Kostenübernahme\* für Pflegehilfsmittel

Bitte einsenden an: SF Medical Products GmbH,  
Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland

**IK-Nummer:** 591106190  
**Beratungs-Telefon:** 030/263 997 95  
**E-Mail:** sales@sfmedical.de  
**Fax:** 030/263 997 96

**Bitte nicht ausfüllen**

**Versicherte/r**    Herr    Frau

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
 Straße, \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Hausnr. \_\_\_\_\_ Name Pflegekasse \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Pflegegrad**    keiner    1    2    3    4    5    beantragt

Ich beantrage die Kostenübernahme für den Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel  
(Produktgruppe PG 54 bis maximal 40,00€ bzw. bei Beihilferechtigung bis maximal 20,00€ monatlich)

Benötigte Anzahl eintragen	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Einzelpreis in €	Gesamtpreis in €
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	6,20	
	Krankenunterlagen	54.45.01.0001	20,00	
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	5,50	
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	6,00	
	Mundschutz	54.99.01.2001	7,00	
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	12,90	

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51)  
unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB IX vorliegt.

	Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4...	25,50
--	--	---------------	-------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für die ambulante private Pflege und nicht durch Pflegedienste verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich beauftrage die SF Medical Products GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die „SF Medical Products GmbH“ mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene andere Lieferanten. Die SF Medical Products GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

### Basisinformationen zum Datenschutz

Wir werden Ihre angegebenen personenbezogenen Daten verarbeiten. Verantwortlicher für die Verarbeitung ist die SF Medical Products GmbH. Zweck der Verarbeitung Ihrer Daten ist die Lieferung von Gesundheitsprodukten. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind die Versorgung im Gesundheitsbereich, die Erfüllung eines Vertrags sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Ihre Daten können folgende Personen empfangen: Mitarbeiter der SF Medical Products GmbH sowie dritte, die uns bei der Erfüllung des Zwecks unterstützen und, unter Umständen, Ihre Krankenkasse.

Datum \_\_\_\_\_ **WICHTIG:** Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers.

**Bitte nicht vergessen!**

<b>Genehmigungsvermerk</b> (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)		<b>IK-Nummer 591106190</b>
PG54 bis 40.00€ monatlich	PG51 mit Eigenanteil PG51	PG 51 ohne Zuzahlung
PG54 bis 20.00€ monatlich (Beihilferechtigung)	ohne Eigenanteil PG51	Beihilferechtigung
Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse _____		IK-Nummer der Pflegekasse _____

\* §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Bitte einsenden an: SF Medical Products GmbH,  
Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland

**Bitte nicht ausfüllen**

**Versicherte/r**    Herr    Frau

Vorname

Name

**Pflegeperson**    Herr    Frau

Vorname

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Ehe-/Lebenspartner    Tochter/Sohn    Mutter/Vater    Freund/-in    Betreuer/-in

**Pflegedienst**, wenn vorhanden

Name Pflegedienst

Ansprechpartner

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

**Auswahl der Pflegeboxen**

**Finden Sie keine passende Box? Bitte kontaktieren Sie uns.**

SF Pflegepaket Nr. 1	SF Pflegepaket Nr. 2	SF Pflegepaket Nr. 3
50 Stück SF Krankenunterlagen 60x90 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml	50 Stück SF Krankenunterlagen 60x90 100 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml	100 Stück Einwegschrüzen 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml
SF Pflegepaket Nr. 4	SF Pflegepaket Nr. 5	Individuelles Paket
100 Stück Einwegschrüzen 100 Stück Mundschutz 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml	200 Stück Einmalhandschuhe 2 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 2 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml	Stellen Sie sich Ihre individuelle Box zusammen. Sie können Stückzahl, Größe und Material bestimmen.

**Handschuhgröße\***

**\* Wenn nichts angekreuzt ist, werden Handschuhe in Größe M geliefert.**

S (Small)

M (Medium)

L (Large)

XL (Extra Large)

wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)

**Material\*\***

**\*\* Wenn nichts angekreuzt ist, wird Vinyl versendet.**

Vinyl

Nitril

**Lieferadresse** - die monatliche Lieferung der SF Medical Box soll bitte erfolgen an:

der/die Versicherten

der/die Angehörigen/Pflegeperson

an den Pflegedienst

Die getroffene Auswahl des SF Medical Products GmbH Pflegepakets kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen SF Medical Products GmbH Pflegepakete werden bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der SF Medical Products GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die SF Medical Products GmbH die Lieferung beenden. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von keinem anderen Anbieter im Rahmen der Pflegeversorgung (§40 Abs. 25GB XI) Pflegehilfsmittel beziehen.

Datum

**WICHTIG:** Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers.

**Bitte nicht vergessen!**

### 3. Ausfüllhilfe zum Antrag auf Kostenübernahme

Persönliche Daten des Versicherten.



1

Pflegegrad der Pflegeperson ankreuzen.

2

Bitte zutreffende Inhalte Ihrer SF Medical Box ankreuzen.

3

Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlage beantragen möchten, bitte ankreuzen.

4

Datum und Unterschrift.

5

Diese Bereiche bitte nicht ausfüllen.

6

**1. Antrag auf Kostenübernahme\* für Pflegehilfsmittel**  
Bitte nicht ausfüllen

IK-Nummer: 591106190  
Beratungs-Telefon: 030/263 997 95  
E-Mail: sales@sfmedical.de  
Fax: 030/263 997 96

Bitte einsenden an: SF Medical Products GmbH,  
Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland

Versicherte/r: Herr  Frau

Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Name Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: keiner  1  2  3  4  5  beauftragt

Ich beantrage die Kostenübernahme für den Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54 bis maximal 40,00€ bzw. bei Behilfeberechtigung bis maximal 20,00€ monatlich)

Benötigte Anzahl einträgen	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Einzelpreis in €	Gesamtpreis in €
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	6,20	
<input type="checkbox"/>	Krankenunterlagen	54.45.01.0001	20,00	
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	5,50	
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	6,00	
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001	7,00	
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	12,90	

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG01) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB IX vorliegt.

<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen -wiederverwendbar	51.40.01.4...	25,50	
--------------------------	---	---------------	-------	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für die ambulante private Pflege und nicht durch Pflegedienste verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich beantrage die SF Medical Products GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die „SF Medical Products GmbH“ mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene andere Lieferanten. Die SF Medical Products GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

**Basissicherungen zum Datenschutz**  
Wir werden Ihre angegebenen personenbezogenen Daten verarbeiten. Verantwortlicher für die Verarbeitung ist die SF Medical Products GmbH. Zweck der Verarbeitung Ihrer Daten ist die Lieferung von Gesundheitsprodukten. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind die Versorgung im Gesundheitsbereich, die Erfüllung eines Vertrags sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Ihre Daten können folgende Personen empfangen: Mitarbeiter der SF Medical Products GmbH sowie Dritte, die uns bei der Erfüllung des Zwecks unterstützen und, unter Umständen, Ihre Krankenkasse.  
\* §18 Absatz 1 in Verbindung mit § 48 Absatz 2 SGB IX

Datum: \_\_\_\_\_ **WICHTIG!** Unterschrift durch Pflegebedürftigen bzw. das gesetzliche Vertreters/Beauftragten  
 **Bitte nicht vergessen!**

**Geschäftszweck** (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)  
 PG54 bis 40.00€ monatlich  PG51 mit Eigenanteil PG01  PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG54 bis 20.00€ monatlich (Behilfeberechtigung)  ohne Eigenanteil PG01  Behilfeberechtigung  
 Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/ Unterschrift der Pflegekasse \_\_\_\_\_ IK-Nummer der Pflegekasse \_\_\_\_\_

SF Medical Products GmbH • Alexander-Meißner-Straße 58 • 12526 Berlin, Deutschland • Geschäftsführer Nikita Sauerwein  
HRB 103242 B/ Handelsregister: AG Charlottenburg

Seite 1

### Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Gern steht Ihnen unsere telefonische Beratung persönlich unter 030/263 997 95 zur Verfügung!



Sprechstunden: Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr



Web: [www.sfmedical.de](http://www.sfmedical.de)



Telefon: 030/263 997 95



E-Mail: [sales@sfmedical.de](mailto:sales@sfmedical.de)

Haben Sie noch Fragen?

Wir beraten Sie gern unter:

030/263 997 95

## 4. Ausfüllhilfe zur Bestellung einer SF Medical Box

**1** Persönliche Daten des Versicherten.

**2** Persönliche Daten der Pflegeperson.

**3** Informationen zum betreuenden Pflegedienst (falls vorhanden).

**4** Ihre SF Medical Box auswählen.

**5** Handschuhgröße und Material ankreuzen. Zusätzlich Bettschutzeinlagen (waschbar) ankreuzen.

**6** Empfänger der SF Medical Box ankreuzen.

**7** Datum und Unterschrift.

2. Bestellung einer SF Medical Box

Bitte einsenden an: SF Medical Products GmbH, Alexander-Meißner-Straße 58, 12526 Berlin, Deutschland

Bitte nicht ausfüllen

---

**Versicherter** Herr  Frau

Vorname  Name

---

**Pflegeperson** Herr  Frau

Vorname  Name

Straße, Hausnr.  PLZ, Ort

Telefon  E-Mail-Adresse

Ehe-/Lebenspartner  Tochter/Sohn  Mutter/Vater  Freund/-in  Betreuer/-in

**Pflegedienst, wenn vorhanden**

Name Pflegedienst  Ansprechpartner

Straße, Hausnr.  PLZ, Ort

---

**Auswahl der Pflegeboxen** Finden Sie keine passende Box? Bitte kontaktieren Sie uns.

<input type="checkbox"/> <b>SF Pflegepaket Nr. 1</b> 50 Stück SF Krankenumterlagen 60x90 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml	<input type="checkbox"/> <b>SF Pflegepaket Nr. 2</b> 50 Stück SF Krankenumterlagen 60x90 100 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml	<input type="checkbox"/> <b>SF Pflegepaket Nr. 3</b> 100 Stück Einwegschürzen 200 Stück Einmalhandschuhe 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml
<input type="checkbox"/> <b>SF Pflegepaket Nr. 4</b> 100 Stück Einwegschürzen 100 Stück Mundschutz 1 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 1 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml	<input type="checkbox"/> <b>SF Pflegepaket Nr. 5</b> 200 Stück Einmalhandschuhe 2 Stück Händedesinfektion Aseptoman 500ml 2 Stück Flächendesinfektion Descosept 500ml	<input type="checkbox"/> <b>Individuelles Paket</b> Stellen Sie sich Ihre individuelle Box zusammen. Sie können Stückzahl, Größe und Material bestimmen.

**Handschuhgröße\*** \* Wenn nichts angekreuzt ist, werden Handschuhe in Größe M geliefert.

S (Small)  M (Medium)  L (Large)  XL (Extra Large)  wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)

**Material\*\*** \*\* Wenn nichts angekreuzt ist, wird Vinyl versendet.

Vinyl  Nitril

---

**Lieferadresse** - die monatliche Lieferung der SF Medical Box soll bitte erfolgen an:

der/die Versicherten  der/die Angehörigen/Pflegeperson  an den Pflegedienst

Die großformatige Auswahl des SF Medical Products GmbH Pflegepakets kann jedes Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlose SF Medical Products GmbH Pflegepaketie werde bei Kostenerübernahme durch meine Pflegekasse von der SF Medical Products GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die SF Medical Products GmbH die Lieferung beenden. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von keinem anderen Anbieter im Rahmen der Pflegeversorgung (S40 Abs. 25GB XI) Pflegehilfsmittel beziehen.

Datum  **WICHTIG:** Unterschrift der/die Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers.

Bitte nicht vergessen!

SF Medical Products GmbH • Alexander-Meißner-Straße 58 • 12526 Berlin, Deutschland • Geschäftsführer Nikita Sauerwein  
HRB 103042 B/ Handelsregister: AG Charlottenburg

Seite 2

## Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Gern steht Ihnen unsere telefonische Beratung persönlich unter 030/263 997 95 zur Verfügung!



Sprechstunden: Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr



Web: [www.sfmedical.de](http://www.sfmedical.de)



Telefon: 030/263 997 95



E-Mail: [sales@sfmedical.de](mailto:sales@sfmedical.de)




Haben Sie noch Fragen?

Wir beraten Sie gern unter:

**030/263 997 95**

## 5. Ausschneiden, kleben, Porto sparen! Anträge kostenlos versenden!

### Und so funktioniert die kostenfreie Versendung per Post:

- 1 Antrag für Pflegekasse und Bestellformular ausfüllen. 
- 2 Die Briefumschlag-Vorlage ausschneiden und auf einen freien Briefumschlag kleben. 
- 3 Formulare im Briefumschlag versenden. Kein zusätzlicher Briefumschlag nötig. 

### Das Porto übernimmt SF Medical Products GmbH für Sie!

SF Medical Products GmbH  
Alexander-Meißner-Straße 58  
12526 Berlin, Deutschland  
Internet: [www.sfmedical.de](http://www.sfmedical.de)

Bei kurzem Umschlag bitte hier abschneiden



Entgelt zahlt Empfänger

Deutsche Post  
ANTWORT

SF Medical Products GmbH  
Alexander-Meißner-Straße 58  
12526 Berlin, Deutschland

SF Medical Products GmbH