

# 03 Antrag auf Kostenübernahme

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln  
gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI



**DIAKOVERE**  
PFLEGEDIENSTE

## Versicherte\*r:

Mit \* gekennzeichnete  
Felder, sind Pflichtfelder.

<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:		
PLZ, Ort*:		
E-Mail:		Geburtsdatum*:
Krankenkasse*:		Pflegegrad*:
Versichertenr.*:		Pflegegrad seit*:

## Antrag auf Kostenübernahme:



Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe PG (54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI.

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch 50 Stk.	54.45.01.0001
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
	Mundschutz zum Einmalgebrauch	54.99.01.2001
	Händedesinfektion	54.99.02.0001
	Flächendesinfektion	54.99.02.0002
	Schutzschürzen, 100 Stk.	54.99.01.3001
	FFP 2 Masken, 3 Stk.	54.99.01.2001

## 03 Antrag auf Kostenübernahme

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln  
gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI



### Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 % soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.  
Mit einem Pflegegrad stehen Ihnen 3 Bettschutzeinlagen pro Jahr zur Verfügung.

Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene	Positionsnummer
	Wiederverwendbare Bettschutzeinlage	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von der Geheimhaltungspflicht gegenüber DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH als meinen Leistungsbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungsbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege in angegebenem Umfang bezogen.

X

\_\_\_\_\_ Datum

X

\_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte\*r oder Bevollmächtigte\*r

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)			
<input type="radio"/> PG 54 bis 40 € monatlich	<input type="radio"/> PG 51 ohne Zzlg. Beihilfeberechtigter		
<input type="radio"/> PG 54 bis 20 € monatlich	<input type="radio"/> PG 51 ohne Zzlg.	<input type="radio"/> PG 51 Zzlg	<input type="radio"/> PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigt
Datum		IK der Pflegekasse/Stempel/ Unterschrift	