

Ausfüllhilfe Bestellformular

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI

Für die Bearbeitung Ihrer Bestellung benötigen wir das ausgefüllte **Bestellformular** und den **Antrag auf Kostenübernahme**.

Versicherte*r: Persönliche Daten des Versicherten

Angehörige*r: Persönliche Daten des Angehörigen, der Pflegeperson oder des*der Betreuers*in.

Pflegedienst: Informationen zum betreuenden Pflegedienst (falls vorhanden).


Lieferung der Box: Empfänger der Pflegebox ankreuzen.

Bitte wählen Sie die gewünschte Pflegebox aus. Vergessen Sie nicht die Größe der Einmalhandschuhe anzugeben.

Bettsschutzeinlagen: Hier können Sie auswählen, ob Sie zusätzlich kostenlose Bettsschutzeinlagen erhalten möchten.

Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen

01 Bestellformular Pflegebox
Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI

 **DIAKOVERE**
PFLEGEDIENSTE

Versicherte*r: Bitte ausfüllen

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Name:
--	----------	-------

Angehörige*r
(bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder der*die Betreuer*in): Bitte ausfüllen

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		Telefon/ Mobil:
PLZ, Ort:		E-Mail:

Pflegedienst (falls vorhanden):

Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:

Lieferung der Box an: Bitte ankreuzen

<input type="radio"/> Den Versicherten	<input type="radio"/> Den Angehörigen	<input type="radio"/> Den Pflegedienst
--	---------------------------------------	--

Bitte ankreuzen


<input type="radio"/> Pflegebox 1 <ul style="list-style-type: none">50 Bettsschutzeinlagen zum Einmalgebrauch100 Einmalhandschuhe500ml Händedesinfektion500ml Flächen-desinfektion	<input type="radio"/> Pflegebox 2 <ul style="list-style-type: none">200 Einmalhandschuhe500ml Händedesinfektion50 Mundschutz, 3-lagig
--	--

Pflegebox 3
Individuelle Zusammenstellung nach Ihren Wünschen
Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:

Größe der Einmalhandschuhe
<input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL

Seite 1

01 Bestellformular Pflegebox
Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI

 **DIAKOVERE**
PFLEGEDIENSTE

Zusätzlich: Kostenlose wiederverwendbare Bettsschutzeinlage
Menge: _____

Unabhängig von den Pflegehilfsmitteln übernimmt Ihre Krankenkasse bis zu 3 wiederverwendbare saugende Bettsschutzeinlagen im Jahr.

Abtretungserklärung/ Beauftragung
(zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig):

Hiermit beauftrage ich DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenersatzanspruch nach § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungsbringung durch DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH zu. Die Datenschutzhinweise (einzusehen unter www.diaCOVERE.de/datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses ist jederzeit möglich. Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten z.B. einer pflegebedürftigen Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Datum

Unterschrift Versicherte*r