

# Ausfüllhilfe Kostenübernahme

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln  
gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI



**DIAKOVERE**  
PFLEGEDIENSTE

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

**Versicherte\*r:** Persönliche Daten des Versicherten

**Antrag auf Kostenübernahme:** Setzen Sie hier ein Kreuz, um den Antrag auf Kostenübernahme zu bestätigen.

Wählen Sie hier aus welche Hilfsmittel Sie benötigen.

Ihnen stehen pro Jahr bis zu 3 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen kostenfrei zu.

**Hinweis:** Datum und Unterschrift nicht vergessen

**Nicht ausfüllen!**

**Genehmigung durch die Pflegekasse:** Diese Angaben füllt Ihre Pflegekasse für Sie aus.

## 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 Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="radio"/>	Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch 50 Stk.	54.45.01.0001
<input type="radio"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="radio"/>	Mundschutz zum Einmalgebrauch	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	Händedesinfektion	54.99.02.0001
<input type="radio"/>	Flächendesinfektion	54.99.02.0002
<input type="radio"/>	Schutzschürzen	

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PGS1) 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

Seite 1

## 03 Antrag auf Kostenübernahme

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln  
gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI



**DIAKOVERE**  
PFLEGEDIENSTE

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 Zzgl. Beihilferechtiger		
<input type="radio"/> PG 54 bis 20 € monatlich	<input type="radio"/> PG 51 ohne Zzgl.	<input type="radio"/> PG 51 Zzgl.	<input type="radio"/> PG 51 mit Zzgl./Beihilferechtigt
Datum		IK der Pflegekasse/Stempel/ Unterschrift	

Seite 2