

HARTMANN



Kostenlos und unkompliziert

Ihre Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

**Gesetzliche
Erstattung**

bis
zu **€ 480**
pro Jahr

So einfach funktioniert's:

Erfüllen Sie folgende Voraussetzungen?

Falls ja, dann haben Sie gesetzlichen **Anspruch auf eine Erstattung von Pflegehilfsmitteln im Wert von bis zu 40 € im Monat (§ 40 Abs. 2 SGB XI)**:

- ✓ Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5
- ✓ Pflege zu Hause
- ✓ Mindestens eine private Pflegeperson (z. B. Familienmitglied, Betreuer, ...)

Pflegehilfsmittel von HARTMANN:



Händedesinfektionsmittel wie z.B. Sterillium

Umfassend wirksam gegen Bakterien, Pilze und behüllte Viren auch bei häufiger Anwendung außerordentlich gut hautverträglich, rückfettend. Nachgewiesene Wirksamkeit gegenüber Coronaviren innerhalb von 15 Sekunden.



Mundschutz wie z.B. Foliadress Mask Loop

Als wirksamer Schutz gegen Keimverbreitung durch Tröpfcheninfektion. Zum Schutz des Pflegenden bei infektiösen Erkrankungen des Pflegebedürftigen, z.B. bei Lungenentzündung, Durchfall oder Erbrechen.



Flächendesinfektionsmittel wie z.B. Bacillol AF

Alkoholisches Schnell-Desinfektionsmittel zur Desinfektion alkoholbeständiger Flächen mit umfassender Wirkung und rückstandsfreier Aufrocknung, ideal auch im häuslichen Bereich. Nachgewiesene Wirksamkeit gegenüber Coronaviren innerhalb von 15 Sekunden.



Einmalverwendbare Bettschutzeinlagen wie z.B. MoliCare® Premium Bed Mat 5 Tropfen

Zusätzlicher Schutz für das Bett, bspw. bei der Verwendung körpernaher Inkontenzprodukte oder beim Waschen.



Einmalhandschuhe wie z.B. Peha-soft syntex

Unerlässlich bei allen Pflgetätigkeiten, die einen besonderen Infektionsschutz erfordern wie bspw. die Inkontenzversorgung oder das Entsorgen von Ausscheidungen und Verbandmitteln.



Einmalverwendbare Schutzschürzen wie z.B. ValaComfort apron

Bestehend aus einem wasserfesten, abwaschbaren und feuchtigkeitsabweisenden Folienmaterial.

Für Pflegehilfsmittel ist „kein Rezept“ Ihres Arztes erforderlich.

Der einfache Weg zu Ihren Pflegehilfsmitteln:



- 1 Entscheiden Sie sich für eines der unten aufgeführten „HARTMANN-Pflegepakete“ (siehe Tabelle von 1–7).
- 2 Kreuzen Sie die Ihrem Paket zugeordneten Produkte in beigelegtem Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel an und tragen das gewünschte Pflegepaket ein.
- 3 Unterschreiben Sie den Antrag.
- 4 Senden Sie uns den ausgefüllten Antrag per Post oder E-Mail zu. Wir erledigen alle Formalitäten mit Ihrer Kasse. Sie müssen sich um nichts weiter kümmern.
- 5 Nach Genehmigung durch Ihre Pflegekasse wird Ihnen Ihr HARTMANN-Pflegepaket frei Haus geliefert. Sollte sich Ihr Bedarf einmal ändern, so nehmen Sie einfach Kontakt zu uns auf, wir passen Ihr HARTMANN-Pflegepaket dann gerne entsprechend an.

Bitte wählen Sie eine Variante (nur 1 Paket wählbar, monatlich wechselbar)

		1	2	3	4	5	6	7
Händedesinfektionsmittel		500 ml	500 ml	500 ml	--	500 ml	--	Nach Wunsch
Flächendesinfektionsmittel		500 ml	500 ml	2x 500 ml	--	--	2x 500 ml	Nach Wunsch
Einmalhandschuhe (puderfrei)		2x 100 St.	100 St.	100 St.	100 St.	100 St.	100 St.	Nach Wunsch
Mundschutz (zum Einmalgebrauch)		--	50 St.	--	--	--	50 St.	Nach Wunsch
Bettscutzeinlagen (zum Einmalgebrauch)		25 St.	25 St.	25 St.	75 St.	50 St.	--	Nach Wunsch
Schutzschürzen (zum Einmalgebrauch)		--	--	--	--	--	100 St.	Nach Wunsch

Bitte vermerken Sie Ihr gewünschtes HARTMANN-Pflegepaket auf dem beiliegendem Antrag!

PAUL HARTMANN AG
 PHD-KCV, Postfach 1612
 89506 Heidenheim
 Deutschland
 pflegehilfsmittel@hartmann.info

Besuchen Sie uns im Internet:
www.molicare.de

FY (1121) 086 204/2





Online downloaden
und ausfüllen.
<https://moli.care/PHM-Antrag>

Hinweis für Apple-Nutzer:
Antrag muss auf das Endgerät importiert werden.

HARTMANN



Antrag auf Kostenübernahme* für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Versicherte/r

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

Versicherung (IK-Nummer): _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor?

Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) Nein

Ich beantrage die **Kostenübernahme für** 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. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

WIRD BENÖTIGT	BENÖTIGTE ANZAHL bitte eintragen	ARTIKEL	PFLEGEHILFSMITTEL-POSITIONSNUMMER
<input type="radio"/>	_____ x 500 ml	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="radio"/>	_____ x 500 ml	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="radio"/>	_____ x 100 Stück	Einmalhandschuhe (puderfrei) S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/>	54.99.01.1001
<input type="radio"/>	_____ x 50 Stück	Mundschutz (zum Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	_____ x 25 Stück	Bettschutzeinlagen (zum Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="radio"/>	_____ x 100 Stück	Schutzschürzen (zum Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie)	54.99.01.3001
Kreuzen Sie hier bitte an, welches Pflegepaket Ihrer Auswahl entspricht : 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt:		
<input type="radio"/>	_____ x 1 Stück	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (bis zu 3 Stück/Jahr)	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen sowie dass ich eine Einweisung, sofern notwendig, in den Gebrauch der Pflegehilfsmittel erhalten habe. Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinen Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte verzeichnen Sie die PAUL HARTMANN AG als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer.

Zudem willige ich durch meine Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, einschließlich meiner Gesundheitsdaten, zu Zwecken der Bearbeitung des Antrags und Abwicklung der Bestellung sowie zur Abrechnung ein. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Informationen zum Widerruf sowie zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten finden Sie auf der nachfolgenden Seite.

Datum und Unterschrift der / des Versicherten bzw. deren ges. Vertreter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse – wird von der Pflegekasse ausgefüllt!

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Datenschutzinformation

Weitere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie zu Ihren Rechten können Sie jederzeit in der Kundendatenschutzerklärung auf unserer Webseite www.molicare.de einsehen.

Widerrufsmöglichkeit

Die Einverständniserklärung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Widerrufserklärung wird die PAUL HARTMANN AG, Paul-Hartmann-Straße 12, 89522 Heidenheim, die erhaltenen personenbezogenen Daten nicht mehr für die vorgenannten Zwecke verarbeiten.

Dies gilt nicht, soweit eine andere Rechtsgrundlage die weitere Verarbeitung rechtfertigt. Jedoch wird durch den Widerruf der Einverständniserklärung die Rechtmäßigkeit, der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Der Widerruf ist zu richten an: kundenservice-homecare@hartmann.info

Hinweis: Ohne Ihr Einverständnis kann keine weitere Bearbeitung des Pflegehilfsmittelantrags sowie keine Abwicklung Ihrer Bestellung und Belieferung erfolgen.