



## Schnelle und unkomplizierte Versorgung

mit Pflegehilfsmitteln

## Haben Sie Anspruch auf Pflegehilfsmittel?

Wenn folgende Voraussetzungen bei Ihnen zutreffen, haben Sie gesetzlichen Anspruch auf 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 und nicht dauerhaft in einer stationären Einrichtung**



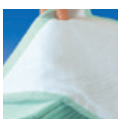
**Mindestens eine private Pflegeperson (z. B. Familienmitglied, Betreuer, ...)**

Für Pflegehilfsmittel ist „kein Rezept“ Ihres Arztes erforderlich. Schicken Sie uns einfach den beigefügten Antrag ausgefüllt zu.

## Gesetzliche Erstattung

bis zu **€ 480** pro Jahr

## Pflegehilfsmittel von HARTMANN:



### Einmalverwendbare Bettschutzeinlagen wie z.B. MoliNea normal

- zusätzlicher Schutz für das Bett, bspw. bei der Verwendung körpernaher Inkontinenzprodukte oder beim Waschen



### Flächendesinfektionsmittel wie z.B. Bacillol AF

- aldehydfreies, alkoholisches Schnell-Desinfektionsmittel, ideal für kontaminierte Flächen im häuslichen Bereich



### Einmalhandschuhe wie z.B. Peha-soft syntex

- unerlässlich bei allen Pflegetätigkeiten, die einen besonderen Infektionsschutz erfordern wie bspw. die Inkontinenzversorgung oder das Entsorgen von Ausscheidungen und Verbandmitteln



### Mundschutz wie z.B. Foliodress mask Comfort Loop

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



### Händedesinfektionsmittel wie z.B. Sterillium

- umfassend wirksam gegen Bakterien, Pilze und behüllte Viren auch bei häufiger Anwendung außerordentlich gut hautverträglich, rückfettend





### Einmalverwendbare Schutzschürzen wie z.B. ValaComfort apron

- bestehend aus einem wasserfesten, abwaschbaren und feuchtigkeitsabweisenden Folienmaterial

# 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 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 monatlich frei Haus automatisch geliefert. Sollte sich Ihr Bedarf einmal ändern, so nehmen Sie einfach Kontakt zu uns auf, wir passen Ihr HARTMANN-Pflegepaket dann entsprechend an.

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

								
<b>Bettstutzeinlagen</b> (zum Einmalgebrauch)		25 Stk	25 Stk	25 Stk	75 Stk	50 Stk	—	Nach Wunsch
<b>Einmalhandschuhe</b> (puderfrei)		2x 100 Stk	100 Stk	100 Stk	100 Stk	100 Stk	100 Stk	Nach Wunsch
<b>Händedesinfektionsmittel</b>		500 ml	500 ml	500 ml	—	500 ml	—	Nach Wunsch
<b>Flächendesinfektionsmittel</b>		500 ml	500 ml	2x 500 ml	—	—	2x 500 ml	Nach Wunsch
<b>Mundschutz</b> (zum Einmalgebrauch)		—	50 Stk	—	—	—	50 Stk	Nach Wunsch
<b>Schutzschürzen</b> (zum Einmalgebrauch)		—	—	—	—	—	100 Stk	Nach Wunsch

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

PAUL HARTMANN AG  
PHD-KCV, Postfach 1612  
89506 Heidenheim  
Deutschland

Besuchen Sie uns im Internet:  
[www.molicare.de](http://www.molicare.de)

FY (0919) 086 204/2



**Gesundheit ist  
unser Antrieb**

# Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

## Antrag auf Kostenübernahme\*

Stempel

Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
IK-Nummer der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Eine Zuzahlungsbefreiung  Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) liegt vor?  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	Anzahl	Artikel	Packungsinhalt	Pflegehilfsmittelpositionennummer
<input type="checkbox"/>	_____	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stück	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	_____	Einmalhandschuhe (puderfrei) XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	100 Stück	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	_____	Mundschutz (Einmalgebrauch)	50 Stück	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	_____	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie)	100 Stück	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	_____	Händedesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	_____	Flächendesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0002

\_\_ Geben Sie hier bitte an, welches Pflegepaket Ihrer Auswahl entspricht (1–7)

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

<input type="checkbox"/>	_____	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	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. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):

Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse

an \_\_\_\_\_ (siehe Stempelfeld) ab.

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

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

\* Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI