



Kostenlos und unkompliziert

Ihre Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

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, ...)

Gesetzliche Erstattung

bis zu **€ 480**
pro Jahr

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 oder FFP2-Masken



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 Auftrocknung, 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 Inkontinenzprodukte oder beim Waschen.

Einmalhandschuhe wie z.B. Peha-soft® syntex



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

Einmalverwendbare Schutzschürzen und Einmallätzchen wie z.B. ValaComfort® apron oder Vala®Fit Tape



Bestehend aus einem wasserfesten, abwaschbaren und feuchtigkeitsabweisenden Folienmaterial.

Antrag auf Kostenübernahme* für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Stempel

Händler

Name: _____

IK: _____

Versicherte/r

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

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 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	Pflegehilfsmittelpositionnummer
<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 3 Stück	FFP2-Masken	54.99.01.5001
<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
<input type="radio"/>	x 100 Stück	Einmallätzchen	54.99.01.4001

- Ich beantrage zstl. die Kostenübernahme** für wiederverwendbare, saugende Bettschutzeinlagen (**Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene, Produktgruppe 51**) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

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 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 den auf diesem Antrag vermerkten Händler 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 bei Ihrem Leistungserbringer widerrufen.



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)

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