



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	Bettscutzeinlagen (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 <b>Pflegepaket Ihrer Auswahl entspricht</b> : 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"/>	<b>Ich beantrage die Kostenübernahme für</b> Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene ( <b>Produktgruppe PG 51</b> ) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt:		
<input type="radio"/>	_____ x 1 Stück	Saugende Bettscutzeinlagen – 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)

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

# Datenschutzinformation

Weitere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie zu Ihren Rechten können Sie jederzeit in der Kundendatenschutzerklärung auf unserer Webseite [www.molicare.de](http://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](mailto:kundenservice-homecare@hartmann.info)

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