



Antrag Stromkosten

1. Angaben zur Person

Name, Vorname _____ Krankenversicherungsnummer _____

Anschrift _____ Telefon _____

2. Beantragung Stromkostenzuschuss für den Zeitraum vom _____ bis _____

Bitte ankreuzen	Strombetriebene Hilfsmittel	Tägliche Nutzungsdauer in Stunden – bitte ankreuzen
<input type="checkbox"/>	CPAP-/BIPAP-Gerät ohne Befeuchter	6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CPAP-/BIPAP-Gerät mit Befeuchter	6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beatmungsgerät	6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Atemgasbefeuchter bei Beatmungsgeräten	6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Stationärer Sauerstoffkonzentrator	6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	HeartMate Linksherzunterstützungssystem	24 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen	Akkubetriebene Hilfsmittel	Ladedauer
<input type="checkbox"/>	Mobiler Sauerstoffkonzentrator	_____
<input type="checkbox"/>	Elektrorollstuhl	_____
<input type="checkbox"/>	E-Fix	_____
<input type="checkbox"/>	Brems- und Schiebehilfe	_____
<input type="checkbox"/>	Rollstuhlzuggerät	_____
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	_____

Im Rahmen der Erstattung wird pauschal ein Ladezyklus täglich herangezogen.

3. Überweisung auf folgendes Konto

Kontoinhaber/Kontoinhaberin: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich versichere hiermit, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe.

Ort, Datum

X

Unterschrift