Antwort

Antrag auf Erstattung von Stromkosten fü r:	Hilfsmittel	
Versichertennummer:		
1. Ich beantrage die Erstattung für folgende	es Kalenderjahr :	(bitte ein Antrag je Kalenderjahr).
2. Die Erstattung beantrage ich vom		bis zum
3. Die Stromkosten entstanden bei folgen	dem Hilfsmittel:	
☐ Elektrischer Rollstuhl/Elektro-Scooter	Anzahl der Ladung	en pro Woche:
Zusatzantriebe/Restkraftverstärker	Anzahl der Ladung	en pro Woche:
☐ Kranken- oder Pflegebett	Pulsoxymeter	Ernährungspumpe
Badewannenlifter	Wechseldrucksystem	□ Überwachungsmonitor
Sauerstoff-Konzentrator oder Beatmu Das Gerät hat Tägliche Nutzungsdauer in Stunden:	ngsgerät □ über 70 Watt.	unter 70 Watt. (im Durchschnitt)
☐ CPAP-,BIPAP-, APAP-Gerät Es hat einen externen Befeuchter: Das Gerät hat	☐ Nein ☐ über 60 Watt.	☐ Ja ☐ unter 60 Watt.
☐ Weitere Hilfsmittel:		
4. Ich war in stationärer Behandlung (z. B.	Krankenhaus, Rehabilita	tion)
Nein		
☐ Ja, vom	bis	
5. Bitte erstatten Sie den Betrag auf folger	des Konto:	
Bank:		
IBAN: DE		
BIC:		
Kontoinhaber/in:		

