|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antragsteller: |   | Versicherungsnehmer: |   |
| Name: |   | Name: |   |
| Vorname: |   | Vorname: |   |
| Straße / Hausnummer: |   | Straße / Hausnummer: |   |
| Ort: |   | Ort: |   |
| PLZ: |   | PLZ: |   |
| Telefonnummer: |   | Geburtsdatum: |   |
| E-Mail Adresse: |   | Versicherungsnummer: |   |
|   |   | Pflegestufe: |   |

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gemäß § 78 Absatz 1 in Zusammenhang mit § 40 Absatz 2 SGB XI beantrage ich hiermit die Kostenübernahme für folgende(s) Pflegehilfsmittel:

-

Begründung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum  |  | Unterschrift (Versicherter oder Bevollmächtigter) |

Anlagen: