|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: