

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: