
Name der versicherten Person

Straße

PLZ Ort

Versichertennummer

Name der Pflegekasse

Straße

PLZ Ort

Ort, Datum

Antrag auf Kostenübernahme für _____

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für
_____. Ich habe mich für das Modell _____
des Anbieters _____ entschieden. Die Kosten betragen
_____.

Der Pflegegrad _____

o liegt vor.

o wurde beantragt.

Gründe für das benötigte Pflegehilfsmittel sind:

Bei Fragen oder einer Kostenzusage wenden Sie sich bitte an:

o mich

o folgende Person: _____

unter dieser Rufnummer/E-Mail-Adresse: _____

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der versicherten Person

