

Absender:

.....  
.....  
.....

Krankenkasse:

Meine Versicherungsnummer:

.....

Datum: .....

**Antrag auf Übernahme der Stromkosten für mein Schlafapnoe-Atemtherapiegerät nach DIN EN ISO 17510-1 (CPAP-, bi-level- bzw. selbstregulierendes Gerät)**

Gemäß Punkt 2.9.4 des MDK-Gutachtens vom Oktober 1998 sind dies 5,11 €/pro Monat und Gerät = 61,32 €.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Erstattung der Stromkosten für mein Schlafapnoe-Atemtherapiegerät ohne/mit\* Anfeuchter nach DIN EN ISO 17510-1 und um Überweisung auf das folgende Konto:

IBAN: .....

BIC: .....

Bank/Sparkasse: .....

Mit freundlichen Grüßen

.....

)\* Nichtzutreffendes streichen