

Antrag Elektropflegebett Krankenkasse

Personalblatt

Versicherte/r

Name _____
Vorname _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____

An die Krankenversicherung

Vers. – Nr.:

Zahlstellennummer: L 7639.13

Sehr geehrte Damen und Herren

Das beiliegende Arztzeugnis bestätigt, dass ich ein Elektropflegebett benötige. Die Kosten werden von keiner anderen Versicherung (z.B. EL zur AHV/IV) übernommen.

Ich bitte Sie, mir leihweise dieses Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Das Elektrobett möchte ich bei der anerkannten Mietstelle **Pro Senectute beider Basel, Hilfsmittel Shop + Service, Im Schild, Eichenweg 4, 4410 Liestal** beziehen und bitte Sie, meinen Antrag zu prüfen.

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Versicherten oder Vertretung

Unterzeichnet die Vertretungsperson, bitte Name, Adresse und Telefon angeben.

Wichtig!

Senden Sie den Antrag zusammen mit dem Arztzeugnis an Ihre Krankenkasse. Über Ihren Antrag entscheidet die Krankenkasse auf Grund Ihrer Versicherungsverhältnisse und beauftragt bei Bewilligung die Mietstelle direkt mit der Auslieferung des Elektropflegebettes.

Nähere Auskünfte zu Elektropflegebetten und Zubehör sowie zur Lieferung erhalten Sie bei der beauftragten Mietstelle.

Antrag Elektropflegebett Krankenkasse

Arztzeugnis

Versicherte/r

Name _____
Vorname _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____

An die Krankenversicherung

Vers. – Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass oben aufgeführte Person zu Hause auf ein **Elektropflegebett** angewiesen ist.

Für die erforderliche Behandlung und Pflege sowie als Hilfe beim zu Bett gehen und Aufstehen ist der Einsatz eines elektrischen Pflegebetts notwendig. Ein stationärer Aufenthalt kann allenfalls vermieden beziehungsweise verkürzt werden.

Ich bitte Sie, den Antrag zu prüfen und die weiteren Schritte einzuleiten.

Anmerkungen:

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

Besten Dank für Ihre Bemühungen

Datum/Ort:

Unterschrift

.....

.....