

# Antrag Elektropflegebett Ergänzungsleistung/IV

---

## Personalblatt

### Versicherte/r

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### An die Sozialversicherung

Vers. - Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren

Das beiliegende Arztzeugnis bestätigt, dass ich ein Elektropflegebett benötige. Die Kosten werden von keiner anderen Versicherung 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.

**Der Versicherte erteilt mit seiner Unterschrift der Pro Senectute beider Basel die Vollmacht Drittauszahlungen von der Ergänzungsleistung zu erhalten.**

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 die Mietstelle der Pro Senectute beider Basel. Über Ihren Antrag entscheidet die Ergänzungsleistung- oder IV Stelle auf Grund Ihrer Versicherungsverhältnisse. Die Auslieferung des Elektropflegebettes erfolgt nach Absprache mit der Mietstelle und der Versicherungsgesellschaft.

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

# Antrag Elektropflegebett Ergänzungsleistung/IV

---

## Arztzeugnis

### Versicherte/r

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### An die Sozialversicherung

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:

Stempel und Unterschrift

---

---