

Absender:

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

Krankenkasse:

Versicherungsnummer
der Krankenkasse:

Datum:

Antrag auf Übernahme der Stromkosten für mein Schlafapnoe-Atemtherapiegerät nach DIN EN ISO 17510-1 (CPAP-, bi-level- bzw. selbstregulierendes Gerät) (Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, Produktgruppe 14)

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:

Konto-Nr.:
BLZ:
Bank/Sparkasse:

Mit freundlichen Grüßen

.....

)* Nichtzutreffendes streichen

Ermittlung der jährlichen Stromkosten für mein Atemtherapiegerät nach DIN EN ISO 17510-1:

Hersteller:

Produktbezeichnung:

Leistungserbringer (Lieferant):

Leistungsaufnahme des Gerätes ohne/mit* Anfeuchter: Watt (W)

elektr. Arbeit einer Nacht: W x Stunden (h) = Wh : 1000 = kWh

elektr. Arbeit tagsüber durch Stand-by: W x h = Wh : 1000 = + kWh

Summe der elektr. Arbeit eines gesamten Tages (24 Stunden): = kWh

elektr. Arbeit eines Jahres: kWh/Tag x 365 Tage = kWh/Jahr

jährliche Stromkosten: kWh/Jahr x 0,..... €/kWh = €/Jahr

)* Nichtzutreffendes streichen