

Absender:

Name:

Vorname:

Straße /Nr.:

PLZ:

Ort:

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Straße /Nr.:

PLZ:

Ort:

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherungsnummer:

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, PG14)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Erstattung der Stromkosten für mein Schlafapnoe-Atemtherapiegerät Warmluftbefeuchter und Atemschlauch nach DIN EN ISO 17510-1 und um Überweisung auf das folgende Konto:

IBAN:

BIC:

Bank/Sparkasse:

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Anlage Ermittlung der Stromkosten

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

Hersteller:

Produktbezeichnung:

Leistungserbringer (Lieferant):

Leistungsaufnahme des Gerätes:

Feld 1

Watt (W)

Leistungsaufnahme des Warm-Luftbefeuchters:

Feld 2

Watt (W)

Leistungsaufnahme des beheizbaren Atemschlauchs:

Feld 3

Watt (W)

Gesamt-Leistungsaufnahme:

Feld 4

Watt (W)

Elektr. Arbeit einer Nacht:

Feld 5 = Feld 4

W x

Feld 6

Stunden(h) =

Feld 7

Wh : 1000 =

Feld 8

kWh

Elektr. Arbeit tagsüber durch Stand-by:

Feld 9

W x

Feld 10

Stunden(h) =

Feld 11

Wh : 1000 =

Feld 12

kWh

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

Feld 13 = Feld 8

kWh +

Feld 14 = Feld 12

kWh =

Feld 15

kWh

Elektr. Arbeit eines Jahres:

Feld 16 = Feld 15

kWh/Tag x 365 Tage =

Feld 17

kWh/Jahr

Jährliche Stromkosten:

Feld 18 = Feld 17

kWh/Jahr x

Feld 19

€/kWh =

Feld 20

€/Jahr

Anlage:

* Kopie der aktuellen Stromabrechnung