

Absender:

Name:

Vorname:

Straße /Nr.:

PLZ:

Ort:

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Straße /Nr.:

PLZ:

Ort:

18. August 2017

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, Produktgruppe 14)

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

Datum

* 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 Feld 6 W x 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