

Uwe Mustermann
Muster Straße 33A
04711 Musterstadt

Meine-BKK
Abteilung Hilfsmittel
Postfach 47110815
04711 Musterstadt

Musterstadt

Fr, 23. Aug 2019

Versicherungsnummer: **1234567890**

Antrag auf Erstattung der Stromkosten für mein Schlafapnoe-Beatmungsgerät nach
DIN EN ISO 1750-1. Hilfsmittelverzeichnis nach §139 SGB V. Produktgruppe 14.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für mein Beatmungsgerät

Gerät:

Hersteller: **CPAP-Werke Musterstadt**
Produktbezeichnung: **CPAP-Type-007**
Lieferant / Versorger / Leistungserbringer: **Sanitätshaus Musterstadt**

Messungen zur Ermittlung der Verbrauchsdaten und Kosten

Ablesedatum	Altes/r	Neues/r	Betriebstage	Betriebsstunden	
	31.12.18	31.12.20		Therapie	Standby
Betriebsundenzähler	15600	19300	731	3.700	13.844

Stromkosten € /KWh: **0,30 €**

Abrechnung

	Leistung(W)	Stunden	KWh	Preis
Leistungsaufnahme des Gerätes (in Watt)	45,00	3700	166,50	49,95 €
* des Befeuchters (in Watt)	7,00	3700	25,90	7,77 €
* des beheizten Beatmungsschlauch (in Watt)	3,50	3700	12,95	3,89 €
* Standby (keine Therapie)	3,00	13844	41,53	12,46 €
		Stromkosten:		74,06 €

Bitte überweisen Sie den Betrag von **74,06 €** Auf mein Konto

IBAN **DE08150100601711195263**

BIC **SPAMUSEFFXXX**

Bank / Sparkasse **Sparkasse Musterstadt**

Mit freundlichem Gruß

Unterschrift