

Ihre Adresse:  
Vorname Name  
Straße  
Hausnummer  
PLZ Ort

Krankenkasse  
Straße, Hausnummer  
PLZ Ort

Ort Datum

### Antrag für Pflegehilfsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit beantrage ich,

Name Vorname:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Geburtsdatum:	
Versicherungsnummer:	

die folgenden Pflegehilfsmittel für mich / pflegebedürftige Person:

01 Absauggeräte	18 Krankenfahrzeuge
02 Adaptionshilfen	19 Krankenpflegeartikel
03 Applikationshilfen	20 Lagerungshilfen
04 Badehilfen	21 Messgeräte für Körperfunktionen
05 Bandagen	22 Mobilitätshilfen
06 Bestrahlungsgeräte	23 Orthesen
07 Blindenhilfsmittel	24 Prothesen
08 Einlagen	25 Sehhilfen
09 Elektrostimulationsgeräte	26 Sitzhilfen
10 Gehhilfen	27 Sprechhilfen
11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	28 Stehhilfen
12 Hilfsmittel bei Tracheostoma	29 Stomaartikel
13 Hörhilfen	30 Schienen
14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	31 Schuhe
15 Inkontinenzartikel	32 Therapeutische Bewegungsgeräte
16 Kommunikationshilfen	33 Toilettenhilfen
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	99 Verschiedenes

Eventuell genaue Beschreibung / Begründung:

---

---

---

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift