

Absender:

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

Krankenkasse:

Meine Versicherungsnummer:

.....

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 die Benutzung meines Schlafapnoe-Atemtherapiegerät nach DIN EN ISO 17510-1

ohne/mit\* Anfeuchter

ohne/mit\* heizbarem Schlauch

im Jahr .....

und um Überweisung auf das folgende Konto:

IBAN: .....

BIC: .....

Bank/Sparkasse: .....

Mit freundlichen Grüßen

.....

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

Hersteller: .....

Produktbezeichnung: .....

Leistungserbringer (Lieferant): .....

Leistungsaufnahme des Gerätes	..... Watt (W)
des Anfeuchters (wenn vorhanden)	..... Watt (W)
des beheizbaren Schlauchs (wenn vorhanden)	<u>..... Watt (W)</u>
gesamt:	..... 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