

Absender

Versicherungsnummer

 Postbeamtenkrankenkasse
 70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Stromkosten für Hilfsmittel für das Kalenderjahr 20

Gerätehersteller:

Gerätetyp:

Stromverbrauch Watt (laut Angabe auf dem Gerät)

Gerät war in Betrieb

vom

bis

Das Gerät besitzt einen Betriebsstundenzähler

 Zähleranfangsstand
 am

 Bitte wenden Sie sich bei Unsicherheit zum
 Ablesen des Zählers an Ihren Hilfsmittellieferanten
 oder schlagen Sie in der Betriebsanleitung nach.

 Zählerendstand
 am

Das Gerät besitzt keinen Betriebsstundenzähler

An wie vielen Tagen im Kalenderjahr war das Gerät in Betrieb?

Wie viele Stunden pro Tag war das Gerät in Betrieb?

 Bei elektrisch verstellbaren Betten, Einlegrahmen,
 Patientenliftern: Wie oft wird das Hilfsmittel pro Tag verstellt?

Das Gerät wird mit Akkus betrieben

Netzladegerät	Stromspannung	Volt
	Stromstärke	Ampere
Dauer eines Ladevorgangs		Stunden

Anzahl der Ladevorgänge im Kalenderjahr

Ort, Datum

 Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person
