

## Antrag für die Abgabe eines Elektro-Pflegebettes

### vom Patienten auszufüllen

Der/die Empfänger/in .....  
Adresse: .....  
PLZ/Ort: .....

Für eine schriftliche Abklärung einer allfälligen Kostenbeteiligung der Krankenkasse, IV, SUVA oder AHV/EL an der Miete Ihres Elektropflegebettes benötigen wir folgende Daten von Ihnen:

**Geburtsdatum:** .....

**AHV-Nummer:** .....

**Erhalten Sie IV:**                     Ja                     Nein

**Ergänzungsleistungen:**         Ja                     Nein

**Krankenkasse:** .....

**Versicherungsnummer:** .....

**Haben Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen?**     Ja                     Nein

**wenn ja, bei wem:** .....

**Versicherungsnummer:** .....

**Ort/Datum:** .....

**Unterschrift (Antragsteller):** .....  
oder gesetzliche Vertretung

**Den ausgefüllten und vom Arzt unterschriebenen Antrag bitte an uns zurücksenden:**

Naropa Reha AG, Hauptstrasse 82a, 9422 Staad

### Vom Arzt ausfüllen / unterzeichnen lassen

Mein behandelnder Arzt, Herr/Frau Dr. .... in ..... bestätigt nachfolgend, dass das höhenverstellbare Elektropflegebett für meine Pflege/Gebrauch im privaten Wohnbereich eine Notwendigkeit bedeutet.

#### Der Arzt

Name/Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ/Ort: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....

#### An die Antragsstelle:

Damit meine Pflege zu Hause möglich wird, benötige ich ein höhenverstellbares Elektropflegebett.

Ich bitte Sie, mir die Miete durch Ihre Übernahme der Kosten/Beteiligung an den Kosten zu ermöglichen.

#### Die Antragsstelle (von Krankenkasse, AHV/EL, IV auszufüllen):

Antrag genehmigt:                                        Antrag abgelehnt:                   

Begründung: .....

.....

.....

Ort/Datum: .....

Stempel/gültige Unterschrift: .....