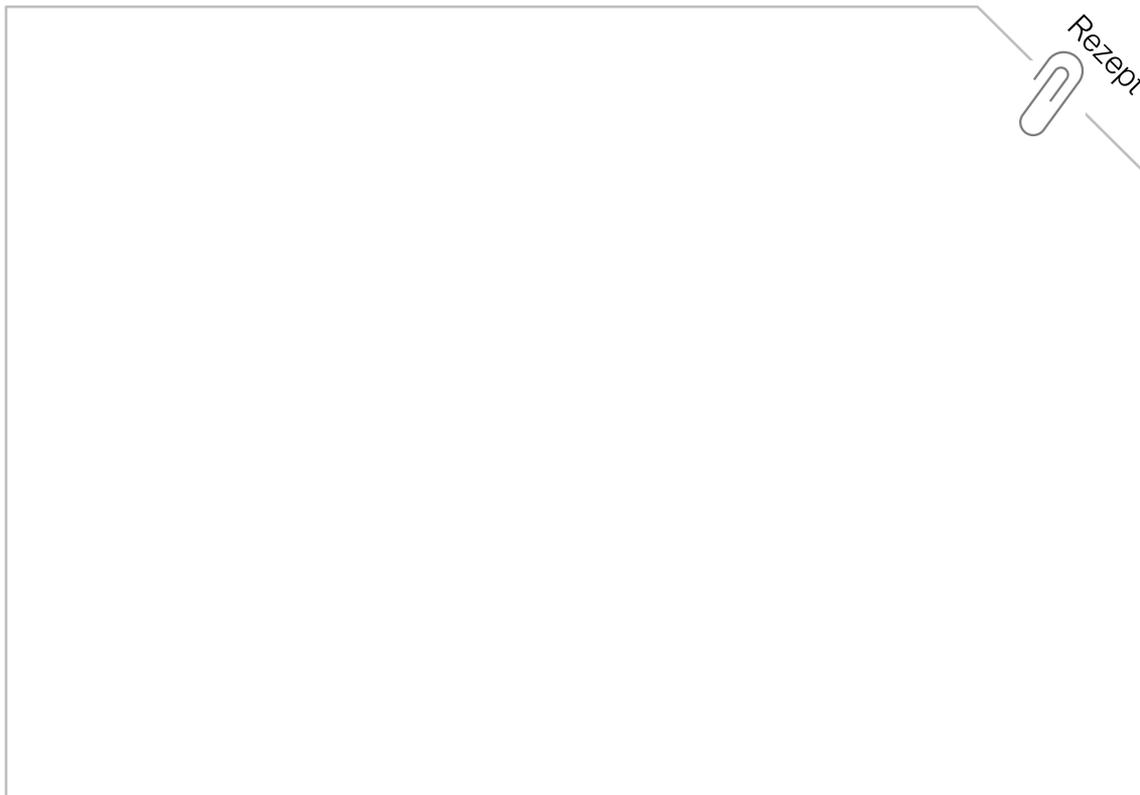


## ANTRAG AUF GESETZLICHE KOSTENÜBERNAHME durch die Krankenkasse

Dieser Antrag ist Ihrer Krankenkasse vor dem Kauf des Hilfsmittels, zwecks Prüfung und Entscheidung über die Höhe der Kostenübernahme, einzureichen.

Aderans Germany GmbH  
Echternacher Str. 8  
53842 Troisdorf  
fon +49 2241 25527-200  
fax +49 2241 25527-99



Vorname | Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Versicherungs-Nr.: .....

Erstversorgung: .....

Hilfsmittelkennzeichen: 00

Folgeversorgung: .....

Hilfsmittelkennzeichen: 10

Letzte Versorgung: .....

Monat: .....

Unbrauchbarkeit: .....

Nein

Jahr: .....

Ja, nach: .....

Hilfsmittelpositions-Nummer: .....

Preis des Haarersatzes in € (inkl. MwSt.): .....

- Eine Langhaarversorgung ist erheblich pflegeintensiver. Entsteht durch die Unbrauchbarkeit des Zweithaares eine kürzere Nutzungsdauer ist kein erneuter Leistungsanspruch möglich.

