

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Krankenvers.-Nr.
Versicherten-Nr.

Datum: _____

An die

Krankenversicherungsträger
Strasse
PLZ / Ort

Kostenübernahmeantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigeschlossen erhalten Sie ein ärztliches Attest, ausgestellt durch meinen behandelnden Arzt / meine behandelnde Ärztin Herrn / Frau Dr. _____, aus dem hervorgeht, dass ich Stomapatient / Stomapatientin bin und zum Ausgleich der vorliegenden körperlichen Behinderung bei Ausübung im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlicher bzw. gesunderhaltender körperlicher Aktivitäten das Stomaschutzgürtelsystem Stomatect benötige.

Insbesondere für eine Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen im Wasser, jedoch auch für sonstige gesunderhaltende Aktivitäten mit etwas intensiverer körperlicher Bewegung ist der Stomaschutzgürtel für mich ein erforderliches Hilfsmittel, um mich hieran überhaupt beteiligen zu können.

Daher möchte ich hiermit die Übernahme der Kosten des Stomaschutzgürtels in Höhe von EURO 139,00 inkl. MwSt. laut beigefügter Kopie des Bestellformulars durch meinen Krankenversicherer beantragen und bitte um einen dementsprechend positiven Bescheid Ihrerseits.

Mit freundlichem Gruß,

Unterschrift