



*Wir helfen!*

Agesa Rehattechnik GmbH

Agesa Medizintechnik GmbH

Agesa Sanitätshaus GmbH

---

## Pflegfachliche Stellungnahme

An die Pflegekasse der

\_\_\_\_\_

(Name der Krankenkasse, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_

(Vor- und Zuname des Versicherten)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(PLZ, Wohnort)

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass die Versorgung des o.g. Versicherten mit Pflegehilfsmitteln/technischen Hilfen (nach § 40 SGB XI) aus pflegetechnischen Gründen wie folgt erforderlich ist:

**Beantragte Versorgung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Begründung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Name des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_  
Stempel