



*Wir helfen!*

Agesa Rehattechnik GmbH

Agesa Medizintechnik GmbH

Agesa Sanitätshaus GmbH

---

## Antrag Pflegekasse

An die Pflegekasse der

\_\_\_\_\_

(Name der Krankenkasse, PLZ, Ort)

Versichertendaten:

\_\_\_\_\_

(Vor- und Zuname des Versicherten)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(PLZ, Wohnort)

Hiermit beantrage ich die Versorgung gemäß § 40 SGB XI mit folgenden Pflegehilfsmitteln:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten