Antrag Stromkosten

1. Angaben zur Person

Name, Vorname	Krankenversicherungsnummer
Anschrift	Telefon

2. Beantragung Stromkostenzuschuss für den Zeitraum vom _____ bis _____

Bitte ankreuzen	Strombetriebene Hilfsmittel
☐	CPAP-/BIPAP-Gerät ohne Befeuchter
☐	CPAP-/BIPAP-Gerät mit Befeuchter
☐	Beatmungsgerät
☐	Beatmungsgerät mit Befeuchter
☐	Stationärer Sauerstoffkonzentrator ☐ 8 Stunden ☐ 16 Stunden ☐ 24 Stunden
☐	HeartMate Linksherzunterstützungssystem
☐	Sonstiges: _____

Bitte ankreuzen	Akkubetriebene Hilfsmittel
☐	Mobiler Sauerstoffkonzentrator
☐	Elektrorollstuhl
☐	E-Fix/E-Scooter
☐	Brems- und Schiebehilfe/ Restkraftverstärker (z. B. E-Motion)
☐	Rollstuhlzuggerät
☐	Sonstiges: _____

3. Überweisung auf folgendes Konto

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 1 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse erhoben und vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter **www.bkk-akzo.de/datenschutz**

Stand: Januar 2026