

Versicherter:  
geb. am:  
Wohnhaft:  
KVNR:

BKK Diakonie  
Königsweg 8  
33617 Bielefeld

### Antrag auf Erstattung der Energiekosten

Ich beantrage die Erstattung der Energiekosten für den Betrieb eines genehmigten Hilfsmittels/genehmigter Hilfsmittel durch Strom oder aufladbare Batterien/Akkus.

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Benennung des Hilfsmittels/der Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

- Pauschale Erstattung in Höhe von 2,50 € je Kalendermonat
- Pauschale Erstattung für einen Elektrorollstuhl bzw. Rollstuhl mit Elektroantrieb in Höhe von 5,50 € je Kalendermonat
- Pauschale Erstattung für ein Beatmungsgerät oder Nutzung eines Sauerstoffgerätes von weniger als 8 Stunden am Tag in Höhe von 7,50 € je Kalendermonat
- Pauschale Erstattung für ein Sauerstoffgerät mit einer Nutzungsdauer von mindestens 8 Stunden am Tag in Höhe von 25,50 € je Kalendermonat  
Dauer der täglichen Nutzung: \_\_\_\_\_ Stunden  
Angabe des Betriebsstundenzählers: \_\_\_\_\_
- Pauschale Erstattung für ein Sauerstoffgerät mit einer Nutzungsdauer von mindestens 16 Stunden am Tag in Höhe von 52,00 € je Kalendermonat  
Dauer der täglichen Nutzung: \_\_\_\_\_ Stunden  
Angabe des Betriebsstundenzählers: \_\_\_\_\_
- Erstattung der tatsächlichen Energiekosten  
Bitte reichen Sie eine Kopie der Betriebsanleitung ein, aus der die durchschnittliche Leistung in Watt des Hilfsmittels bzw. des Ladegerätes hervorgeht. Zudem benötigen wir eine Kopie der letzten Stromrechnung.  
Dauer der Nutzung/Aufladung im beantragten Zeitraum: \_\_\_\_\_ Stunden (ggf. Angabe des Betriebsstundenzählers des Gerätes)

Bitte überweisen die Energiekosten auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten/des  
Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Ansprüche auf Sozialleistungen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind.