

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse  
 Beihilfedienste  
 70636 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Stromkosten für Hilfsmittel für das Kalenderjahr 20

---

Gerätehersteller:

Gerätetyp:

Stromverbrauch Watt (laut Angabe auf dem Gerät)

Gerät war in Betrieb

vom

bis

#### Das Gerät besitzt einen Betriebsstundenzähler

Zähleranfangsstand  
am

Bitte wenden Sie sich bei Unsicherheit zum  
 Ablesen des Zählers an Ihren Hilfsmittellieferanten  
 oder schlagen Sie in der Betriebsanleitung nach.

Zählerendstand  
am

#### Das Gerät besitzt keinen Betriebsstundenzähler

An wie vielen Tagen im Kalenderjahr war das Gerät in Betrieb?

Wie viele Stunden pro Tag war das Gerät in Betrieb?

Bei elektrisch verstellbaren Betten, Einlegrahmen,  
 Patientenhilfen: Wie oft wird das Hilfsmittel pro Tag verstellt?

#### Das Gerät wird mit Akkus betrieben

Netzladegerät	Stromspannung	Volt
	Stromstärke	Ampere
Dauer eines Ladevorgangs		Stunden

Anzahl der Ladevorgänge im Kalenderjahr

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person bzw. Bevollmächtigte/r