

Ihr Adressat

An die

Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Versorgung mit Hilfsmitteln bei Inkontinenz

Versicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich (im Namen meiner betreuten Person) den Antrag auf Versorgung mit Inkontinenzhilfen der Marke..... in der monatlichen Stückzahl von.....

Alternativ beantrage ich die Versorgung mit einem qualitativ gleichwertigen Produkt in derselben Menge.

Begründung:

Die gelieferten Inkontinenzhilfen des Leistungserbringers, welcher laut Ihren Angaben einen Liefervertrag mit Ihnen hat, entsprechen weder in Qualität noch Quantität den Anforderungen einer bedarfsgerechten Versorgung.

Aufgrund der festgestellten Inkontinenz bei mir (bzw. meiner betreuten Person) sind folgende spezielle Anforderungen an die Inkontinenzhilfen zu erfüllen: ausreichende Saugleistung, effektiver Auslaufschutz, hinreichender Rücknässeschutz, passgenaue Formgebung sowie starke Klebestreifen,... (bitte gegebenenfalls ergänzen bzw. im Einzelfall konkretisieren).

Die vom Lieferanten zur Verfügung gestellten Inkontinenzhilfen erfüllen diese Anforderungen nicht. Als Nachweis lege ich Fotos, ärztliche Stellungnahmen oder ähnliches vor. Die Firma gibt selbst an, dass ihre Produkte diesen Ansprüchen nicht genügen können und somit das berechtigte Anliegen nicht erfüllen. Als Krankenkasse sind Sie jedoch verpflichtet, eine individuell erforderliche Versorgung sicherzustellen.

Daher fordere ich Sie auf, die beantragten Inkontinenzhilfen zu genehmigen. Ich erwarte Ihre Rückmeldung bis zum.....

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der versicherten Person bzw. Betreuer/in