Absender: _____ Datum: _____

An:

Vers.-Nr: _____

Antrag auf Einzelfallentscheidung für eine Kostenübernahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für das Hilfsmittel urisan® Applikator für Urinalkondome.

Ich benötige dieses Gerät, da ich aufgrund meiner Inkontinenz Urinalkondome verwenden möchte und mit dem urisan® Applikator das Anlegen für mich erst möglich ist.

Ich bitte höflich um eine zügige Bearbeitung.

Mit freundlichen Grüßen,