

**Absender:**

**Ort, Datum:**

**Betreff: Antrag auf Kostenübernahme für einen Sterilfilter (Hilfsmittel) –**

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für die Anschaffung und den regelmäßigen Austausch eines Sterilfilters zur Sicherstellung meiner häuslichen Versorgung und zur Abwendung gesundheitlicher Schäden.

**1. Medizinische Notwendigkeit:**

Die Verwendung eines Sterilfilters ist bei mir aus **dringenden medizinischen Gründen** notwendig.

- **Diagnose:** Ich leide unter \_\_\_\_\_
- **Begründung der Notwendigkeit:** Aufgrund meiner Diagnose bin ich besonders anfällig für Infektionen, die durch Keime und Bakterien im Trink- und/oder Duschwasser verursacht werden können (z.B. **Legionellen, Pseudomonas aeruginosa**). Die Installation eines Sterilfilters ist die einzige zuverlässige Methode, um das Infektionsrisiko *bei der häuslichen Wundversorgung / bei der Inhalationstherapie / beim Duschen (unzutreffendes streichen)* auf ein Minimum zu reduzieren und damit eine schwerwiegende gesundheitliche Verschlechterung oder Hospitalisierung zu verhindern.

## **2. Verordnung und Empfehlung:**

Die Notwendigkeit des Sterilfilters wurde mir von meinem behandelnden Arzt / meiner behandelnden Ärztin **ausdrücklich bestätigt und verordnet**.

- **Name des Arztes/der Klinik:** \_\_\_\_\_
  - **Anschrift des Arztes/der Klinik:** \_\_\_\_\_
- 

## **Anlagen:**

In der Anlage finden Sie:

- Die ärztliche Verordnung vom Datum \_\_\_\_\_.  
 Einen medizinischen Befundbericht / eine Stellungnahme, die die Notwendigkeit begründet (*falls vorhanden*).  
 Einen Nachweis der Kosten für den Filter und den regelmäßigen Austausch.

## **3. Produktinformation (optional, aber hilfreich):**

**Genaue Bezeichnung des Hilfsmittels:** \_\_\_\_\_

**Geschätzte Kosten für Komplett-Set:** \_\_\_\_\_ €

**Geschätzte Kosten pro Ersatz-Filter:** \_\_\_\_\_ €

- **Notwendige Austauschfrequenz:** 2 / 3 / 6 Monate

Ich bitte Sie höflich um eine schnelle Prüfung und positive Bescheidung dieses Antrags und um Mitteilung, ob und in welchem Umfang die Kosten für das Hilfsmittel übernommen werden.

Für Rückfragen oder die Anforderung weiterer Unterlagen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

---

## **Anlagen (Bitte beifügen):**

1. Ärztliche Verordnung
2. (Optional) Medizinischer Befundbericht/Stellungnahme
3. Kosten (Screenshot, Ausdruck der Webseite)