

## ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG für Wahlarzthilfe und Heilmittel

|                | Familienname | Vorname | Versicherungsnummer |
|----------------|--------------|---------|---------------------|
| Patient(in)    |              |         |                     |
| Versicherte(r) |              |         |                     |

Anschrift :

Tel.-Nr. :

E-Mail:

Anweisungen erfolgen auf das bei der Kasse vorgemerkte Girokonto. Wir ersuchen Sie daher, beim Antrag auf Kostenerstattung jede Änderung Ihrer Bankverbindung bekannt zu geben.

Kontonummer:

BLZ:

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

### Wichtige Hinweise

Eine Kostenerstattung für wahlärztliche Hilfe ist nur möglich bei Vorlage

– einer detaillierten Originalhonorarnote mit genauen Angaben über die ärztlichen Leistungen (Datum der Ordinationen, Visiten, Sonderleistungen, Diagnose sowie Stampiglie des Leistungserbringers);

– eines Nachweises über die erfolgte Zahlung (Zahlungsabschnitt, Kontoauszug, von der Bank bestätigte Sammelanweisung oder Saldierungsvermerk auf der Honorarnote);

Bei Inanspruchnahme physikalischer Behandlung ersuchen wir Sie, folgende Unterlagen einzusenden:

– eine saldierte, detaillierte Originalhonorarnote mit genauen Angaben über die erbrachten physikalischen Leistungen (Behandlungsdaten, Art und Dauer der einzelnen physikalischen Behandlungen, Diagnose und Stampiglie des Leistungserbringers);

– eine auf die Art und Anzahl der durchgeführten Behandlungen lautende Verordnung eines Arztes für Allgemeinmedizin oder eines Facharztes, die vor der Behandlung ausgestellt und vom Medizinischen Dienst der Kasse genehmigt wurde;

– bitte beachten Sie, dass für eine Kostenübernahme der Kasse bei einigen physikalischen Behandlungen (z.B. Lymphdrainagen, neurophysiologische Bewegungsübungen, Hippotherapie) ein spezieller Ausbildungsnachweis des Behandlers erforderlich ist.