

ZUR VORLAGE BEI IHRER PFLICHTKRANKENVERSICHERUNG

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG für Wahlarzthilfe und Heilmittel

Patient/in	Familien- oder Nachname/n	Vorname	Versicherungsnummer
Versicherte/r			Versicherungsnummer
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.			
IBAN:		BIC:	

Ort

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Wichtige Hinweise

Eine Kostenerstattung für wahlärztliche Hilfe ist nur möglich bei Vorlage

- **einer detaillierten Honorarnote** mit genauen Angaben über die ärztlichen Leistungen (Datum der Ordinationen, Visiten, Sonderleistungen, Diagnose sowie Stampiglie der/des Leistungserbringerin/Leistungserbringers);
- eines **Nachweises über die erfolgte Zahlung** (Zahlungsabschnitt, Kontoauszug, von der Bank bestätigte Sammelanweisung oder Saldierungsvermerk auf der Honorarnote);