

## 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);