

**Versicherter:**

**KV-Nummer:**

**Arznei- u. Verbandmittel / Hilfsmittel**

(z.B. Hörgeräte, bestimmte Bandagen, Einlagen) Zuzahlung 10% des Preises jedes Arznei- und Verbandmittels/Hilfsmittel, mindestens 5,- Euro und höchstens 10,- Euro pro Arznei- und Verbandmittel/Hilfsmittel, aber nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den Gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet. Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Windeln bei Inkontinenz) 10% pro Verbrauchseinheit, aber höchstens 10,- Euro pro Monat.

	Zuzahlung Euro	Datum	Abgebende Stelle Stempel und Unterschrift
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			

**Nur gültig für oben genannten Versicherten,  
Vertragsärztliche Verordnung wurde vorgelegt.**

**Versicherter:**  
**KV-Nummer:**

**Fahrkosten für stationäre Behandlung, Rettungseinsatz und Krankentransport**  
 Zuzahlung 10% der Fahrkosten je Fahrt, mindestens 5,- Euro und höchstens 10,- Euro.

Datum	notwendiges Transportmittel	Fahrt		Bestätigung des Arztes /Krankenhauses  Unterschrift / Stempel
		von	nach	
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Kureinrichtung <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Kureinrichtung <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Kureinrichtung <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Kureinrichtung <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.**

**Zuzahlung für Arztbesuch**  
 Praxisgebühr von 10,- Euro pro Quartal bei Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten. Die Praxisgebühr entfällt jedoch bei zahnärztlichen Kontrollbesuchen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Schutzimpfungen.

**Überweisungen:**  
 Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.

	Zuzahlung	Datum	Bestätigung des Arztes / Zahnarztes / Psychotherapeut
<b>1. Quartal</b>	<b>10,- Euro</b>		
<b>2. Quartal</b>	<b>10,- Euro</b>		
<b>3. Quartal</b>	<b>10,- Euro</b>		
<b>4. Quartal</b>	<b>10,- Euro</b>		

**Nur gültig für oben genannten Versicherten**

<b>Versicherter:</b>			
<b>KV-Nummer:</b>			
<b>Krankenhausbehandlung / Anschlussheilbehandlung</b>			
Zuzahlung 10,- Euro täglich, begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr mit gegenseitiger Anrechnung.			
<b>Medizinische Vorsorge- und Reha-Maßnahme</b>			
<b>Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter</b>			
Zuzahlung 10,- Euro je Kalendertag für die Dauer der Maßnahme.			
	Tage	Zuzahlung Euro	Bestätigung des Krankenhauses / Klinik
<input type="checkbox"/> Krankenhausbeh./ Anschlussbeh.			
<input type="checkbox"/> Med. Vorsorge und Reha-Maßnahme			
<input type="checkbox"/> Med. Reha für Mütter und Väter			
<input type="checkbox"/> Krankenhausbeh./ Anschlussbeh.			
<input type="checkbox"/> Med. Vorsorge und Reha-Maßnahme			
<input type="checkbox"/> Med. Reha für Mütter und Väter			

<b>Haushaltshilfe / Soziotherapie</b>			
Zuzahlung 10% der kalendertäglichen Kosten, mindestens 5,- Euro und höchstens 10,- Euro			
	Zuzahlung Euro	Datum / Anzahl	Leistungserbringer Stempel / Unterschrift
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe			
<input type="checkbox"/> Soziotherapie			
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe			
<input type="checkbox"/> Soziotherapie			
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe			
<input type="checkbox"/> Soziotherapie			
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe			
<input type="checkbox"/> Soziotherapie			

<b>Heilmittel (z.B. Massagen, Bäder) / Häusliche Krankenpflege</b>			
Zuzahlung 10% der Kosten zuzüglich 10,- Euro je Verordnung			
(bei häuslicher Krankenpflege auf max. 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.)			
	Zuzahlung Euro	Datum	Leistungserbringer Stempel / Unterschrift
<input type="checkbox"/> Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege			
<input type="checkbox"/> Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege			
<input type="checkbox"/> Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege			
<input type="checkbox"/> Heilmittel			
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege			

**Nur gültig für oben genannten Versicherten  
Vertragsärztliche Bescheinigung wurde vorgelegt.**