

QUITTUNGSHEFT



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	

Arznei- sowie Verbandmittel und Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, bestimmte Bandagen, Einlagen)

Zuzahlung 10 % des Preises jedes Arznei- und Verband-/Hilfsmittels, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro pro Arznei- und Verband-/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 in Euro	Datum	Abgebende Stelle Unterschrift, Stempel
<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			
<input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmittel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel			

Nur gültig für o. g. Versicherten. Vertragsärztliche Verordnung wurde vorgelegt.

ANGABEN ZUR PERSON ✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname: _____ Versicherten-Nr.: _____

Fahrkosten für stationäre Behandlung, Rettungseinsatz und Krankentransport
Zuzahlung 10 % der Fahrkosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro

Datum	notwendiges Transportmittel	Fahrt		Bestätigung des Arztes bzw. 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"/>	
	<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.

Krankenhausbehandlung / Anschlussheilbehandlung
Zuzahlung 10 % der täglich auf 28 Tage pro Kalenderjahr mit gegenseitiger Anrechnung

Medizinische Vorsorge- und Reha-Maßnahme
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
Zuzahlung 10 Euro je Kalendertag für die Dauer der Maßnahme

	Tage	Zuzahlung in Euro	Bestätigung des Krankenhauses / der Klinik
<input type="checkbox"/> Krankenhaus-/Anschlussheilbehandlung <input type="checkbox"/> Medizinische Vorsorge- und Reha-Maßnahme <input type="checkbox"/> Medizinische Reha für Mütter und Väter			
<input type="checkbox"/> Krankenhaus-/Anschlussheilbehandlung <input type="checkbox"/> Medizinische Vorsorge- und Reha-Maßnahme <input type="checkbox"/> Medizinische Reha für Mütter und Väter			

ANGABEN ZUR PERSON ✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname: _____ Versicherten-Nr.: _____

Haushaltshilfe / Soziotherapie
Zuzahlung 10 % der kalendertäglichen Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro

	Zuzahlung in Euro	Datum / Anzahl	Leistungserbringer Unterschrift, Stempel
<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			

Heilmittel (z. B. Massagen, Bäder) / Häusliche Krankenpflege
Zuzahlung 10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei Häuslicher Krankenpflege auf max. 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt)

	Zuzahlung in Euro	Datum / Anzahl	Leistungserbringer Unterschrift, Stempel
<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 den o. g. Versicherten. Vertragsärztliche Bescheinigung wurde vorgelegt.