

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

Personalien				
Vorname, Name, Geburtsdatum,			Versichertennummer	
Anschrift			E-Mail-Adresse	
Familienstand				
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend				
Antrag gilt für				
<input type="checkbox"/> 2019 <input type="checkbox"/> 2018 <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2016 <input type="checkbox"/> 2015				
Folgende Angehörige leben mit mir in einem gemeinsamen Haushalt				
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Mitglied:				
Ehegatte / Lebenspartner:				
1. Kind:				
2. Kind:				
3. Kind:				
Bankverbindung				
IBAN	BIC	Geldinstitut	Name des Kontoinhabers	
<p>Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben auf Seite 1 und Seite 2 (Art des Einkommens) des Antrages. Ich informiere die BKK Pfalz sofort über Änderungen. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.</p> <p>Bei Einzug der Belastungsgrenze durch die BKK Pfalz bestätige ich die notwendige Deckung des genannten Kontos. Eventuell entstehende Rücklastschriftgebühren werden von mir getragen.</p>				
_____			_____	
(Datum)			(Unterschrift)	

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. den Namen angeben.

Art des Einkommens: (monatlich)		Mitglied	Ehegatte	Name Kind/er
Arbeitseinkommen aus einer Beschäftigung (Bruttoentgelt, Provisionen, Sachbezüge ..)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Arbeitseinkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung (Bruttoentgelt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Einmalzahlungen (Urlaubs- und Weihnachtsgeld...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (Übungsleiter, Ausbilder, Erzieher, Betreuer oder vergleichbare Tätigkeiten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (Bitte letzten Steuerbescheid vorlegen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Arbeitslosengeld I / Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bruttorente der Deutschen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bruttorente der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge, Betriebsrente, Pensionen, Zusatzversicherungen u.a.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Einmalzahlungen (Urlaubs- und Weihnachtsgeld...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Rente aus privater Lebensversicherung/Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (Zinsen..)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z.B. Abfindung, Unterhalt, Elterngeld, Pflegezulage und Wohngeld) ohne Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Jahres-Bruttoeinnahmen gesamt:				
Zuzahlungen gesamt:				

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bescheinigung einer **55** schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V

Seit _____
(mindestens 4 Quartale zurückliegend)
ist der Versicherte wegen derselben
Erkrankung in Dauerbehandlung.

behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)
ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich

- ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar
 ja, voraussichtlich bis _____
 nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen

Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.

In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.

Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.

Angaben zum antragstellenden Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversicherthenummer