



# Antrag auf Kostenerstattung für Mehrleistungen

Die Debeka BKK übernimmt gemäß Satzung Mehrleistungen für Sie nach § 11 Abs. 6 SGB V und § 20 d Abs. 2 SGB V.

## Ich beantrage die Kostenerstattung für nachfolgende Mehrleistung/en:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### Zahnpflege

- Professionelle Zahnreinigung

### Osteopathie

- Osteopathische Behandlungen

### Prävention

- Präventionskurse

### Sportmedizin

- Sportmedizinische Beratung und Untersuchung
- Sportmedizinische Beratung und Untersuchung sowie Belastungs-Elektrokardiogramm, Lungenfunktionsuntersuchung **und** Laktatbestimmung bei Vorliegen von Risikofaktoren

### Schutzimpfung

- Auslands- und Reiseimpfungen\*  
Reiseland: \_\_\_\_\_
- Weitere Impfungen:
  - Humane Papillomviren
  - FSME
  - Influenza
  - Meningokokken Typ B

### Folgende Belege sind notwendig:

- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragszahnarzt.
- Originalrechnung/-quittung ausgestellt von einem Osteopathen, ärztliche Anordnung im Original **und** Qualifikationsnachweise über die Ausbildung der Osteopathen.
- Originalrechnung ausgestellt von einem zugelassenen Anbieter **und** Teilnahmebescheinigung im Original.
- Bei Yogakurs: Nachweis über Qualifikation des Anbieters.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung im Original **und** Zulassung eines Sportmediziners.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung (Beratung sowie Untersuchung) im Original, Zulassung eines Sportmediziners **und** zusätzliche Anordnung (Checks) vom Arzt im Original.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt **und** quitierte Apothekenrezepte im Original.
- Originalrechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt **und** quitierte Apothekenrezepte im Original.

\* Ich bestätige, dass es sich nicht um eine beruflich bedingte Impfung oder eine Impfung wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes handelt. Die Impfung/en wurden von meinem Arzt auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) bzw. in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes durchgeführt.

## Schwangerschaft und Mutterschaft

- Toxoplasmosetest
- Nackenfaltenmessung
- Triplettest
- Zusätzliche Ultraschalluntersuchung
- Zytomegalietest (CMV-Antikörpertest)
- Geburtsvorbereitungskurs für Lebenspartner
- Rufbereitschaft Hebamme

## Künstliche Befruchtung

Zusätzlich zu den nach § 27a Abs. 3 SGB V mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen

- Zuschuss für max. 3 Behandlungsversuche

## Folgende Belege sind notwendig:

- Originalrechnung
- Originalrechnung **und** Nachweis Risikoschwangerschaft **oder** ärztliche Empfehlung.
- Originalrechnung **und** Nachweis Risikoschwangerschaft **oder** ärztliche Empfehlung.
- Originalrechnung **und** ärztliche Empfehlung.
- Originalrechnung **und** formlose Erklärung über den Kontakt zu Kindern unter drei Jahren.
- Originalbeleg ausgestellt von einer Hebamme.
- Originalrechnung **und** ausgefüllter Abrechnungsvordruck im Original (**siehe:** [www.debeka-bkk.de](http://www.debeka-bkk.de)).
- Originalrechnung ausgestellt von einem zugelassenen Anbieter

## Persönliche Angaben und Bankverbindung:

(Bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		Hausnummer	
BKK-Versichertennummer			
PLZ	Ort		
Bitte ausfüllen, sofern Ihre letzte Kostenerstattung mehr als 6 Monate zurückliegt.			
Kontoinhaber			
IBAN		BIC	

- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit sowie Vollständigkeit meiner Angaben und, dass ich **alle** notwendigen Original- und Zusatzbelege beigefügt habe.

Datum und Ort

Unterschrift des Debeka BKK-Versicherten