

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr 20____

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner* und die Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

Antragsteller/in

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nr.

Ehegatte/Lebenspartner*

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nr.

Kind 1

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nr.

Kind 2

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nr.

Kind 3

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nr.

Ich bin verheiratet/eingetragener Lebenspartner:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ledig
- Getrennt lebend seit: _____
- Geschieden seit: _____
- Verwitwet

Ich beziehe Leistungen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ALGII/Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter/bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII
- Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz
- Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz
- Keine der zuvor genannten Leistungen

Bankverbindung

Falls abweichend vom Antragsteller

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und habe entsprechende Einkommens- / Zuzahlungsnachweise beigelegt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten

Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

Bitte geben Sie die nachstehenden Summen als **Jahresbrutto** an.



Arbeitseinkommen

Selbstständige Tätigkeit

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Land-/Forstwirtschaft

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Arbeitsentgelt

Lohn/Gehalt

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Geringfügige Beschäftigung

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Einmalzahlung

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Abfindung Arbeitgeber

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Renten, Pensionen u. a.

Gesetz. Renten/Pensionen

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Unfallrente

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Betriebsrente/ Versorgungsbezüge

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Sonstige Renten

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Renten ausländischer Versicherungsträgern

Ja Nein

Versicherte/r

EUR

Ehegatte/Lebenspartner

EUR

Kind

EUR

Erträge

Pacht/Mieteinnahmen

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Zinsen aus Kapitalvermögen

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Entgeltersatzleistungen

Kranken-/Übergangs-/ Verletztengeld

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Mutterschaftsgeld

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

ALG I/Unterhaltsgeld

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Kurzarbeitergeld

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Sonstiges

ALG II

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Sachbezüge

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Unterhalt/-leistungen

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Einnahmen Gewerbebetrieb

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Sonstige Einkünfte

Ja Nein

Versicherte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Vorname, Name des Versicherten	Geburtsdatum
Kassennummer	Vertragsarztnummer
Versichertennummer	VK gültig bis
Status	Datum

A1

(vom Vertragsarzt auszufüllen)

Die/Der oben genannte Versicherte ist wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung seit: _____

Hinweis: Eine "Dauerbehandlung" liegt vor, wenn die/der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n): _____

Ende der Dauerbehandlung: nicht absehbar voraussichtlich

A2

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter A1 genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Ja Nein

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel und Unterschrift

B

(von der Krankenkasse auszufüllen)

Hinweis: Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt A1 vorliegt und eines der nachstehenden Merkmale (B1 bis B3) vorhanden ist:

B1

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrad 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

Ja Nein

B2

Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der Grad bzw. die MdE zumindest auch durch die in Abschnitt A bestätigte Krankheit begründet sein muss.

Ja Nein

B3

Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt A 2 vor.

Ja Nein

Hinweis: Die Feststellung, dass die/der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.

Ausstellungsdatum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse