



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		Folgende Belege sind notwendig:
<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung		<input type="checkbox"/> Rechnung ausgestellt von einem Vertragszahnarzt.
Osteopathie		
<input type="checkbox"/> Osteopathische Behandlungen		<input type="checkbox"/> Rechnung/Quittung ausgestellt von einem Osteopathen, ärztliche Anordnung und Qualifikationsnachweis über die Ausbildung des Osteopathen.
Prävention		
<input type="checkbox"/> Präventionskurse		<input type="checkbox"/> Teilnahmebescheinigung ausgestellt von einem zugelassenen Anbieter der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP)
Sportmedizin		
<input type="checkbox"/> Sportmedizinische Beratung und Untersuchung		<input type="checkbox"/> Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung und Zulassung eines Sportmediziners.
<input type="checkbox"/> Sportmedizinische Beratung und Untersuchung sowie Belastungs-Elektrokardiogramm, Lungenfunktionsuntersuchung und Laktatbestimmung bei Vorliegen von Risikofaktoren		<input type="checkbox"/> Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung (Beratung sowie Untersuchung), Zulassung eines Sportmediziners und zusätzliche Anordnung (Checks) vom Arzt.
Schutzimpfung		
<input type="checkbox"/> Auslands- und Reiseimpfungen* Reiseland: _____		<input type="checkbox"/> Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt und quitierte-/s Apothekenrezept-/e.
<input type="checkbox"/> Weitere Impfungen: <input type="checkbox"/> Humane Papillomviren <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Meningokokken Typ B		<input type="checkbox"/> Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt und quitierte-/s Apothekenrezept-/e.

* 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	Folgende Belege sind notwendig:
<p>Hinweis: Die folgenden Leistungen werden im Rahmen des Schwangerschaftsbudgets für schwangere Versicherte erstattet.</p>	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosetest	<input type="checkbox"/> Rechnung
<input type="checkbox"/> Zytomegalietest (CMV-Antikörpertest)	<input type="checkbox"/> Rechnung
<input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitungskurs für Begleitpersonen	<input type="checkbox"/> Beleg ausgestellt von einer Hebamme und Name sowie das Geburtsdatum der Begleitperson.
<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft Hebamme	<input type="checkbox"/> Rechnung und ausgefüllter Abrechnungsvordruck (siehe: www.debeka-bkk.de).
<input type="checkbox"/> Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln	<input type="checkbox"/> Rechnung
<input type="checkbox"/> Feststellung der Antikörper auf Windpocken	<input type="checkbox"/> Rechnung
<input type="checkbox"/> Nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel	<input type="checkbox"/> Rechnung und ärztliche Verordnung

Persönliche Angaben und Bankverbindung:

(Bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	BKK-Versichertennummer	
PLZ	Ort		
<p>Bitte ausfüllen, sofern Ihre letzte Kostenerstattung mehr als 6 Monate zurückliegt.</p>			
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