

Antrag auf teilweise Befreiung von Zuzahlungen

Für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigen wir die unten aufgeführten Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Antrag vollständig aus und reichen Sie ihn wieder bei uns ein.

Vorname und Name des Mitglieds
Krankenversicherungsnummer

Für welches Jahr beantragen Sie die Befreiung?

1. Leben mit Ihnen zusammen im gemeinsamen Haushalt weitere Personen?
 Nein Ja Bitte tragen Sie deren Daten in der untenstehenden Übersicht ein.

2. Sind Sie verheiratet?
 Nein Ja

3. Wünschen Sie die Vorauszahlung?
 Nein Ja

A: Erhalten Sie oder einer Ihrer Familienangehörigen ...

... Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz
oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesver-
sorgungsgesetz? nein ja, ich selbst
 Angehörige (Name)

... Arbeitslosengeld II ? nein ja, ich selbst
 Angehörige (Name)

... Ausbildungsförderung nach dem BAföG oder im Rahmen der
individuellen Förderung der beruflichen Ausbildung? nein ja, ich selbst
 Angehörige (Name)

Wohnen Sie oder einer Ihrer Angehörigen in einem Heim, wobei
die Kosten der Unterbringung von der Sozialhilfe oder der Kriegs-
opferfürsorge übernommen werden? nein ja, ich selbst
 Angehörige (Name)

Wenn Sie eine der folgenden Einnahmearten mit JA ankreuzen, bitten wir Sie, einen Nachweis über die Höhe der Bruttoeinnahme (z. B. letzte Verdienstabrechnung, aktueller Rentenbescheid, Nachweis über Zinseinkünfte, Nachweis über Dividende...) dem Antrag beizufügen.

WICHTIG:
OHNE DIE KOMPLETTEN NACHWEISE KANN EINE BEARBEITUNG NICHT ERFOLGEN.

B: Folgende Personen leben in meinem Haushalt:

	Mitglied	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name					
Lohn / Gehalt (bitte letzte Abrechnung + Bescheinigung über Urlaubs- und Weihnachtsgeld des lfd. Jahres beifügen)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Zinseinkünfte z. B. Sparbuch	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Sachbezüge (z. B. mietfreies Wohnen, freie Verpflegung)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Arbeitslosengeld	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Unterhaltsgeld	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Gesetzliche Rente z. B. LVA / BfA	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Betriebsrente	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Unterstützung durch die Eltern (z. B. für Miete, Verpflegung oder Taschengeld)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in Höhe von mtl.€	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in Höhe von mtl.€	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in Höhe von mtl.€	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in Höhe von mtl.€	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in Höhe von mtl.€
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Sonstige Einnahmen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Meine Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen des Einkommens oder der Zahl der im Haushalt lebenden Familienangehörigen werde ich der BKK Diakonie unaufgefordert mitteilen.

Bei wesentlich falschen Angaben ist die BKK nach dem Sozialgesetzbuch (§ 45 SGB X) verpflichtet, die zu Unrecht erbrachten Leistungen zurückzufordern.

Bankverbindung für die Erstattung:

IBAN BIC

Name der Bank

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon

Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

Die Feststellung, dass der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen. Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B1 vorliegt und eines der Merkmale (A1 bis A3) vorhanden ist.

Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!

Name, Vorname des Versicherten Geburtsdatum Versichertennummer

A1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

ja nein

A2 Es ist ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 % oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt worden.

ja nein

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

B1 Der oben genannte Versicherte ist seit dem wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

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

Dauerdiagnose (n)

E Ende der Dauerbehandlung

nicht absehbar voraussichtlich am

Die nachstehende Frage muss nicht beantwortet werden, wenn A1 und/ oder A2 mit ja beantwortet wurde.

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter B1 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.

Vertragsstempel/Unterschrift des Arztes

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

.....

Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!

A3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung des kontinuierlichen Behandlungserfordernisses gemäß Abschnitt B2 vor

ja nein