

▶ ANTRAG AUF ERSTATTUNG VON LEISTUNGEN AUS DEM GESUNDHEITSKONTO

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Versichertennummer

IBAN

BIC

Folgende Leistungen aus dem Gesundheitskonto wurden in Anspruch genommen:

Individuelle Vorsorgeuntersuchungen [ab 18 Jahren]

Anzahl Rechnungen

Hautkrebsvorsorge mit Auflichtmikroskopie

Glaukom-Vorsorge

Knochendichtemessung

Mammografie (bis 49 Jahre)

Ultraschalluntersuchung (Sonografie) der Brust

Ultraschalluntersuchung (Sonografie) der Prostata

PSA-Wert-Messung

Sportmedizinische Untersuchung

Erweiterte zahnärztliche Leistungen

Zweite Zahnsteinentfernung

Fissurenversiegelung (Prämolaren)

Kariesinfiltration

Bakterientest vor Parodontose-Behandlung

Vorsorge in der Schwangerschaft [ab 18 Jahren]

Serologische Untersuchungen auf Infektionen

Ersttrimester Screening

Toxoplasmosestest

Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln und Windpocken

Zytomegalie-Test [CMV Antikörpertest]

Zusätzliche Ultraschalldiagnostik des ungeborenen Kindes

Osteopathie

Osteopathie

Professionelle Zahnreinigung

Professionelle Zahnreinigung

Alternative Arzneimittel [für Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren]

phytotherapeutische, homöopathische oder anthroposophische Arzneimittel

▶ Bitte den Antrag zusammen mit den Rechnungen bei uns einreichen.

▶ Zur Kostenerstattung von alternativen Arzneimitteln und einer sportmedizinischen Untersuchung legen Sie bitte die ärztliche Verordnung [Privatrezept] vor. Bei osteopathischen Behandlungen ist ggf. die aktuelle ärztliche Bescheinigung beizufügen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die genannte(n) Leistung(en) aufgrund von persönlichen Risikofaktoren in Anspruch genommen habe.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Versicherten