

Antrag auf Erstattung von Leistungen aus dem Gesundheitskonto

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)		Versichertennummer	
IBAN			Name Kontoinhaber (falls abweichend von Antragsteller)
<input type="text"/>			

2 Übersicht Leistungen aus dem Gesundheitskonto

Bitte kreuzen Sie die Leistungen des Gesundheitskontos an, die Sie in Anspruch genommen haben.
Tragen Sie dafür bitte auch die Anzahl der Rechnungen ein.



Individuelle Vorsorgeuntersuchungen (ab 18 Jahren)

- Hautkrebsvorsorge mit Auflichtmikroskopie
- Glaukom-Vorsorge
- Knochendichtemessung
- Mammografie (bis 49 Jahre)
- Ultraschalluntersuchung (Sonografie) der Brust
- Ultraschalluntersuchung (Sonografie) der Prostata
- PSA-Wert-Messung
- Sportmedizinische Untersuchung

Anzahl Rechnungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Erweiterte zahnärztliche Leistungen

- Zweite Zahnsteinentfernung
- Fissurenversiegelung (Prämolaren)
- Kariesinfiltration
- Bakterientest vor Parodontose-Behandlung

Anzahl Rechnungen

.....

.....

.....

.....



Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft

- Serologische Untersuchungen auf Infektionen
- Toxoplasmose-Test
- Blutuntersuchung zur Feststellung von Antikörpern gegen Windpocken und Ringelröteln
- Zytomegalie-Test

Anzahl Rechnungen

.....

.....

.....

.....



Osteopathie

- Osteopathie

Anzahl Rechnungen

.....



Professionelle Zahnreinigung

- Professionelle Zahnreinigung

Anzahl Rechnungen

.....



Alternative Arzneimittel (für Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren)

- Phytotherapeutische, homöopathische oder anthroposophische Arzneimittel

Anzahl Rechnungen

.....

- ▶ 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.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4152 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)