



An die (Namen des Krankenversicherungsträgers):

**ANTRAG
AUF BEFREIUNG BZW.
RÜCKERSTATTUNG ZUM
BEHANDLUNGSBEITRAG-
AMBULANZ**

.....
Eingangsvermerk des Krankenversicherungsträgers

| | | | |
|---|--|---------------------|----------------------------------|
| Familiename der/des Versicherten (auch alle früher geführten Namen) | | Versicherungsnummer | |
| Vorname(n) der/des Versicherten | | Titel (akad. Grad) | Kontonummer für die Überweisung: |
| Anschrift (int. KZ, PLZ, Ort, Straße, Nr.) der/des Versicherten | | Name der Bank: | Bankleitzahl: |

Wird der Antrag auf Befreiung (Rückerstattung) zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz für eine(n) mitversicherte(n) Angehörige(n) gestellt, geben Sie bitte deren/dessen Daten an .

| | | | |
|--|--------------------|--|--|
| Familiename der/des Angehörigen (auch alle früher geführten Namen) | | Versicherungsnummer | |
| Vorname(n) der/des Angehörigen | Titel (akad. Grad) | Anschrift (int. KZ, PLZ, Ort, Straße, Nr.) der/des Angehörigen | |

Ab 1. Oktober 2002 sind neue Befreiungstatbestände zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz in Kraft getreten, die auch für alle bisherigen Ambulanzbesuche gültig sind.

Dadurch haben Sie die Möglichkeit, einen bereits geleisteten Beitrag zurückerstattet zu bekommen bzw. von der Zahlung eines vorgeschriebenen Beitrages befreit zu werden.

*Wenn sie der Meinung sind, dass einer der nachstehenden Gründe bei Ihnen oder Ihrer(Ihrem) Angehörige(n) zutrifft, schicken Sie uns diesen Antrag ausgefüllt zurück. Wir werden Ihren Fall prüfen und sie über das Ergebnis informieren. **Bitte unbedingt Bankverbindung angeben!!***

Gründe für die Befreiung (Rückerstattung) zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz:

- auf Grund der Behandlung erfolgte eine stationäre Aufnahme (auch zu einem späteren Zeitpunkt)
- die Behandlung erfolgte wegen drohender Lebensgefahr
- die Abklärung/medizinische Intervention war unmittelbar notwendig
- Überweisung durch eine(n) Fachärztin/Facharzt)
- Überweisung durch eine(n) Notärztin/Notarzt)
- Überweisung durch eine andere Krankenanstalt (Ambulanz)
- Überweisung durch ein Ambulatorium der Sozialversicherung
- Ausdrückliche Zuweisung durch eine(n) Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
- praktische(r) Ärztin/Arzt
- Wiederbestellung durch die Ambulanz
- Wiederbestellung nach stationärem Aufenthalt
- eine Behandlung außerhalb der Ambulanz war nicht möglich
- kein(e) andere(r) Ärztin/Arzt verfügbar bzw. unzumutbar lange Wartezeit

Datum und Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers:

Telefonnummer für Rückfragen (tagsüber erreichbar):

.....