

BITTE LASSEN SIE DIESES FORMULAR VON
IHREM ARZT VERVOLLSTÄNDIGEN UND
SENDEN SIE ES DANACH AN IHRE
KRANKENKASSE !!

Antrag zur Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke

Gestützt auf Art. 23b KVG i.V.m. Art. 81 KVV beantrage ich hiermit die Befreiung von der Kostenbeteiligung.

Ich ermächtige die zuständige Krankenversicherung, alle zur Prüfung meines Antrags notwendigen Informationen bei Dritten einzuholen, insbesondere bei Behandlern und Sozialversicherungen.

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geb. Datum

Vers. Nr.

Datum

Unterschrift

Ärztliches Zeugnis

Ich bestätige, dass die Voraussetzungen zur Kostenbefreiung aufgrund der nachfolgenden Indikationen (gemäss jeweils aktuell gültigem Anhang 5 KVV) gegeben sind.

Organsystem / Gruppe

Diagnose

Voraussetzungen

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen gewährt die Kasse die Befreiung von der Kostenbeteiligung auf den Beginn des Kalenderjahres, das dem Zeitpunkt des Eingangs des Antrags folgt (Art. 81 Abs. 2 KVV).