



Antrag auf Kostenerstattung für Mehrleistungen

Die Debeka BKK übernimmt gemäß Satzung Mehrleistungen für Sie nach § 11 Abs. 6 SGB V und § 20 d Abs. 2 SGB V.

Ich beantrage die Kostenerstattung für nachfolgende Mehrleistung/en:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahnpflege

- Professionelle Zahnreinigung

Osteopathie

- Osteopathische Behandlungen

Prävention

- Präventionskurse

Sportmedizin

- Sportmedizinische Beratung und Untersuchung
- Sportmedizinische Beratung und Untersuchung sowie Belastungs-Elektrokardiogramm, Lungenfunktionsuntersuchung **und** Laktatbestimmung bei Vorliegen von Risikofaktoren

Schutzimpfung

- Auslands- und Reiseimpfungen*
Reiseland: _____
- Weitere Impfungen:
 - Humane Papillomviren
 - FSME
 - Influenza
 - Meningokokken Typ B

Folgende Belege sind notwendig:

- Rechnung ausgestellt von einem Vertragszahnarzt.
- Rechnung/Quittung ausgestellt von einem Osteopathen, ärztliche Anordnung **und** Qualifikationsnachweis über die Ausbildung des Osteopathen.
- Rechnung ausgestellt von einem zugelassenen Anbieter **und** eine Teilnahmebescheinigung.
- Bei Yogakurs: Nachweis über Qualifikation des Anbieters.
- Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung **und** Zulassung eines Sportmediziners.
- Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt, ärztliche Anordnung (Beratung sowie Untersuchung), Zulassung eines Sportmediziners **und** zusätzliche Anordnung (Checks) vom Arzt.
- Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt **und** quitierte-/s Apothekenrezept-/e.
- Rechnung ausgestellt von einem Vertragsarzt oder dem Gesundheitsamt **und** quitierte-/s Apothekenrezept-/e.

* Ich bestätige, dass es sich nicht um eine beruflich bedingte Impfung oder eine Impfung wegen eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes handelt. Die Impfung/en wurden von meinem Arzt auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) bzw. in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes durchgeführt.

Schwangerschaft und Mutterschaft

- Toxoplasmosetest
- Nackenfaltenmessung

- Tripletest

- Zusätzliche Ultraschalluntersuchung
- Zytomegalietest (CMV-Antikörpertest)

- Geburtsvorbereitungskurs für Lebenspartner
- Rufbereitschaft Hebamme

Künstliche Befruchtung

Zusätzlich zu den nach § 27a Abs. 3 SGB V mit dem Behandlungsplan genehmigten Leistungen

- Zuschuss für den _____ Behandlungsversuch.

Folgende Belege sind notwendig:

- Rechnung
- Rechnung **und** Nachweis Risikoschwangerschaft oder ärztliche Empfehlung
- Rechnung **und** Nachweis Risikoschwangerschaft oder ärztliche Empfehlung
- Rechnung **und** ärztliche Empfehlung.
- Rechnung **und** formlose Erklärung über den Kontakt zu Kindern unter drei Jahren.
- Beleg ausgestellt von einer Hebamme.
- Rechnung **und** ausgefüllter Abrechnungsvordruck (**siehe:** www.debeka-bkk.de).

- Rechnung ausgestellt von einem zugelassenen Anbieter

Persönliche Angaben und Bankverbindung:

(Bitte vollständig ausfüllen)

Bitte ausfüllen, sofern Ihre letzte Kostenerstattung mehr als 6 Monate zurückliegt.

- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit sowie Vollständigkeit meiner Angaben und, dass ich **alle** notwendigen Original- und Zusatzbelege beigefügt habe.

Datum und Ort

Unterschrift des Debeka BKK-Versicherten