

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr _____

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend seit _____ geschieden seit _____ verwitwet

Ich, mein nachstehend genannter Ehe-/Lebenspartner* und die genannten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind	Kind
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:
Versichertennummer						
Betriebsrente inkl. Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Rente/Pension u.a. gesetzlich, privat, ausländisch o.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Arbeitsentgelt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Abfindungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Erträge Pacht-/Mieteinnahmen, Zinsen aus Kapitalvermögen u.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Entgeltersatzleistungen Krankengeld, Verletztengeld und/oder Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeits- losengeld II u.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						

Welche Zuzahlungen und Eigenanteile berücksichtigen wir?

Wichtig: Für die Berechnung der individuellen Belastungsgrenze werden ausschließlich Originalquittungen/ Originalrechnungen der Leistungserbringer (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser etc.) berücksichtigt.

Bei der Berechnung Ihrer Belastungsgrenze berücksichtigen wir gern die Originalquittungen Ihrer Zuzahlungen über folgende Leistungen:

- Arznei- und Verbandmittel
- Krankenhausbehandlung
- Häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Heil- und Hilfsmittel, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel
- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation
- Stationäre Vorsorge und Rehabilitationsleistungen
- Fahrkosten, i. d. R. bei stationärer Behandlung und Rettungsfahrten
- Ambulante Soziotherapie

Bei allen Zuzahlungsbelegen (besonders bei einzelnen Apothekenquittungen) dürfen wir nur Nachweise berücksichtigen, aus denen

- der Vor- und Nachname,
- die Bezeichnung der Leistung (z. B. Arzneimittel, Heilmittel)
- der Zuzahlungsbetrag und
- das Datum der Abgabe und die abgebende Stelle (z. B. durch einen Stempel der Apotheke)

hervorgehen.

- Bei Sammelbelegen ist neben der Artikelbezeichnung die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben.

Nicht berücksichtigungsfähig sind z. B. folgende Kosten:

- Arzneimittel mit Überschreitung des Festbetrages
- Rezeptfrei erworbene Arzneimittel
- Auf Privatrezept erworbene Arzneimittel
- Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung, soweit diese nicht genehmigt wurden
- Zuzahlungen bei Kuren anderer Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger)
- Kosten für privatärztliche Leistungen
- Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen)