

# **Rahmenvereinbarung**

**zwischen**

**dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin**

**und**

**dem Bundesverband der GebärdensprachdolmetscherInnen**

**Deutschlands e.V., Haltern am See**

**vom 1. Januar 2023**

## § 1 Einleitung/Geltungsbereich

- (1) Nach § 17 Abs. 2 SGB I und § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X haben hörbehinderte Menschen das Recht, sowohl bei der Ausführung von Sozialleistungen als auch im sonstigen Verkehr mit Sozialleistungsträgern die Deutsche Gebärdensprache zu verwenden. Die durch Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten sind vom zuständigen Sozialleistungsträger zu tragen.
- (2) Diese Rahmenvereinbarung regelt auf der Basis der im Absatz 1 aufgeführten Rechtsgrundlagen das Verfahren bei der Inanspruchnahme der unter Buchstabe b bezeichneten Gebärdensprachdolmetscher:innen und die Kostenübernahme durch die unter Buchstabe a aufgeführten Ersatzkassen. Die gesetzlich geregelten Leistungsansprüche von gehörlosen und schwerhörigen Menschen selbst werden dadurch nicht modifiziert.

Sie gilt für die

- a) Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

als Kranken- und Pflegekasse;

- b) korporativen und Einzelmitglieder des Bundesverbandes der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e.V., der dem vdek mit Abschluss der Rahmenvereinbarung eine Liste der von ihm vertretenen Gebärdensprachdolmetscher:innen zur Verfügung stellt und halbjährlich aktualisiert. Nur die darin aufgeführten Daten werden zur Weitergabe an die Berechtigten nach § 2 verwendet.

Alle Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen, die in dieser Rahmenvereinbarung gebraucht werden, gelten sowohl in der männlichen als auch weiblichen Form.

- (3) Gegenstand der Rahmenvereinbarung ist auch die jeweils aktuelle Berufs- und Ehrenordnung des Bundesverbandes der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e.V. (siehe [www.bgsd.de](http://www.bgsd.de)).

## **§ 2 Berechtigter Personenkreis**

Diese Rahmenvereinbarung ermöglicht die Erbringung von Leistungen für folgende Personen:

1. hörbehinderte Menschen; hierzu gehören insbesondere
  - gehörlose Menschen (taub Geborene oder bis zum 7. Lebensjahr Ertaubte),
  - hochgradig schwerhörige Menschen, deren Restgehör trotz Hörhilfe (z. B. Hörgerät oder Cochlear-Implantat) nicht zur Sprachaufnahme ausreicht,
  - vollständig (nach dem 7. Lebensjahr) ertaubte Menschen,
  - taubblinde Menschen.
  
2. behinderte Menschen mit starker Beeinträchtigung der Sprach- bzw. Sprechfähigkeit (z. B. wegen einer autistischen Störung, einer Aphasie oder Dysarthrie).

### § 3 Anspruchsauslösende Tatbestände/Voraussetzungen

- (1) Der berechtigte Personenkreis hat das Recht, bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und in deren Verwaltungsverfahren die Deutsche Gebärdensprache bzw. lautsprachbegleitende Gebärden zu verwenden. Voraussetzung ist, dass dem/der Betroffenen ohne die Verwendung der Gebärdensprache die Wahrnehmung seiner/ihrer sozialen Rechte (§ 2 SGB I) nicht oder nicht vollständig möglich ist. Hierzu gehört insbesondere der Anspruch auf Gewährleistung einer wirtschaftlichen (§ 12 Abs. 1 SGB V) Krankenbehandlung.
- (2) Die Verwendung der Gebärdensprache unter Zuhilfenahme eines/einer Gebärdensprachdolmetscher:in kommt in Betracht, wenn diese:r benötigt wird
- a) beispielsweise für eine medizinisch notwendige Inanspruchnahme
    - 1. ambulanter oder stationärer Untersuchungen
    - 2. ambulanter oder stationärer Behandlungen
    - 3. von Heilmitteln
    - 4. von Hilfsmitteln
    - 5. von Zahnersatz
  - b) im Zusammenhang mit einem Verwaltungsverfahren (z. B. Leistungsantrag, Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft, Auskunfts- oder Beratungersuchen, Widerspruchsverfahren)
  - c) für Pflegeleistungen;
- und zwar ungeachtet dessen, ob es sich bei den zu erbringenden oder betroffenen Leistungen um Gesetzes-, Satzungs- oder Ermessensleistungen handelt.

## § 4 Anspruchsumfang

- (1) Der/die Berechtigte hat nach Maßgabe des Absatzes 2 ein Wahlrecht hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gebärdensprachdolmetscher:innen. Er/sie kann grundsätzlich nicht darauf verwiesen werden, sich schriftlich zu äußern.
- (2) Die Notwendigkeit für den Einsatz eines/einer Gebärdensprachdolmetscher:in ist im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen nur insoweit gegeben, als
- der Leistungserbringer (z. B. Vertragsarzt, Hilfsmittellieferant) vom/von der Versicherten nur so die benötigten Informationen (z. B. zur Anamnese- und Befunderhebung, Klärung der Hilfsmitteltauglichkeit) erhält und/oder
  - dem/der Versicherten vom Leistungserbringer die erforderlichen Hinweise nur so vermittelt werden können (z. B. hinsichtlich der notwendigen Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen bzw. bei der Abgabe oder Anpassung von Hilfsmitteln).

Bei laufend zu erbringenden Leistungen (z. B. Heilmittelserien) kann sich die Notwendigkeit für den Einsatz eines/einer Gebärdensprachdolmetscher:in deshalb auf bestimmte Behandlungsphasen (z. B. Behandlungsbeginn, Änderung oder Beendigung der Behandlung) beschränken.

Ist hiernach der Bedarf für einen Gebärdensprachdolmetschereinsatz nicht eindeutig bestimmbar, ist bei der Entscheidung hierüber die Einschätzung des Hörbehinderten zu Grunde zu legen.

- (3) Die Notwendigkeit einer Doppelbesetzung ist gegeben, wenn

- a) die Dolmetschzeit zusammenhängend länger als 60 Minuten andauert und keine Möglichkeit zur Steuerung von Pausen/Unterbrechungen durch den Dolmetscher besteht, und/oder
- b) vier oder mehr Gesprächsteilnehmer:innen (ohne Dolmetscher:in) beteiligt sind, und/oder
- c) verschiedene Medien (z. B. Overhead-Projektor, Film/TV) zum Einsatz kommen.

Darüber hinaus kann eine Doppelbesetzung in vorstehend nicht erfassten, besonders gelagerten Einzelfällen notwendig sein. Dabei ist eine Gesamtwürdigung der Dauer und Intensität des benötigten Dolmetschereinsatzes durch den/die Dolmetscher:in sowie die weiteren Beteiligten erforderlich.

- (4) Der Anspruch auf Übernahme der durch die Verwendung der Gebärdensprache bzw. lautsprachbegleitender Gebärden entstehenden Kosten beschränkt sich auf die Deutsche Gebärdensprache und die deutsche Lautsprache. Für Hörgeschädigte mit sprachlicher bzw. kognitiver Beeinträchtigung oder Mehrfachbehinderung kann ein:e taube:r Dolmetscher:in hinzugezogen werden. Die durch (evtl. zusätzliche) Hinzuziehung eines/einer Fremdsprachendolmetscher:in bzw. Verwendung einer ausländischen Gebärdensprache entstehenden zusätzlichen Kosten sind nicht erstattungsfähig.

## **§ 5 Art der Bereitstellung**

- (1) Zuständig ist die Kranken-/Pflegekasse, die Kostenträger der benötigten Leistung ist, oder bei der das Verwaltungsverfahren bzw. Versicherungsverhältnis geführt wird.

Dies gilt auch, wenn ein nach § 2 berechtigter, nicht bei der Ersatzkasse versicherter Elternteil für ein (ggf. auch nicht hör- bzw. sprachbehindert) noch

nicht volljähriges Kind (vgl. § 36 Abs. 1 und 2 SGB I) oder für einen zurzeit aus Krankheitsgründen nicht handlungsfähigen Angehörigen tätig wird.

- (2) Erlangen die Ersatzkassen Kenntnis darüber, dass Versicherte zum anspruchsberechtigten Personenkreis gemäß § 2 gehören, werden sie diese auf geeignete Weise über ihre Ansprüche gemäß § 17 Abs. 2 SGB I und § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X informieren. Der/die Gebärdensprachdolmetscher:in kann den Einsatz direkt mit der Ersatzkasse abrechnen (Ausnahme: siehe Absatz 3). Eine vorherige Antragstellung ist erforderlich, sofern der Einsatz bei einem Leistungserbringer im Ausland erfolgen soll, der Einsatz im Inland durch eine:n nicht dem Einsatzort nächstgelegene:n und verfügbare:n Gebärdensprachdolmetscher:in erfolgen soll, eine Doppelbesetzung geplant ist.

Für Fälle, in denen eine vorherige Antragstellung erforderlich ist, ist der als Anlage 1 vorgesehene Vordruck bestimmt.

- (3) Im Falle stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Aufhalten in stationären Pflegeeinrichtungen sind die Einsätze von Gebärdensprachdolmetschern mit den Pflegesätzen bzw. Fallpauschalen abgegolten, sodass es einer direkten Kontaktaufnahme und Kostenabrechnung zwischen Gebärdensprachdolmetscher:in und stationärer Einrichtung bedarf. Ist diese hierzu nicht bereit, sollen sich Gebärdensprachdolmetscher:innen bzw. Versicherte:r um Unterstützung an die Ersatzkasse wenden.
- (4) Im Falle stationärer Krankenhausbehandlung bemüht sich der/die Gebärdensprachdolmetscher:in mit der stationären Einrichtung im Vorfeld einen Termin für die Leistungserbringung zu vereinbaren, um diese zeitnah zu gewähren und lange Wartezeiten auf Kosten der Ersatzkasse zu vermeiden.

(5) Die Ersatzkasse stellt den/der Anspruchsberechtigten auf Nachfrage ein Verzeichnis mit den in der jeweiligen Region tätigen Gebärdensprachdolmetscher:innen zur Verfügung und übernimmt auf Wunsch des/der Hörbehinderten die Bestellung eines/einer Gebärdensprachdolmetscher:in.

## **§ 6 Vergütung und Abrechnung**

(1) Die Ersatzkassen vergüten die Einsatzleistungen und Aufwendungen der Gebärdensprachdolmetscher:innen wie folgt:

1. Für die Einsatzzeiten wird je angefangene halbe Stunde die Hälfte, für Terminvereinbarungen wird je angefangener Viertelstunde ein Viertel des nach der jeweils gültigen Fassung des § 9 Absatz 5 Satz 1 JVEG vorgesehenen Betrages gezahlt; Einsatzzeiten beinhalten Dolmetsch-, Wege- und Wartezeiten.
2. Für nicht planbare Einsätze ab 20.00 Uhr bis 6.00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen wird ein Zuschlag in Höhe von 25 % der Leistung nach Nr. 1 gezahlt.
3. Vor- und Nachbereitungszeiten werden nicht vergütet.  
Abweichende Einzelabsprachen in besonderen Fällen sind möglich.
4. Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden die nachgewiesenen Fahrtkosten (ggf. der zweiten Klasse) erstattet; im Falle der Benutzung eines PKW der nach der jeweiligen Fassung des § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 JVEG vorgesehene Betrag sowie ggf. anfallende Parkgebühren.
5. Dem/der Gebärdensprachdolmetscher:in werden die Ausfallkosten in den Fällen ersetzt, in denen der Ausfall weder durch einen in ihrer/seiner Person noch durch einen in der Person des/der Versicherten liegenden Grund begründet ist (bspw. kurzfristige Schließung der Arztpraxis). Zudem werden Ausfallkosten in den Fällen ersetzt, in denen der Ausfall wegen eines unvermeidbaren Grundes (bspw. aufgrund einer kurzfristig eingetretenen Erkran-

kung oder Quarantäne des/der Versicherten) von der/dem Versicherten begründet ist. Wird ein Einsatztermin innerhalb von 3 Werktagen vor dem Einsatz abgesagt, können Ausfallkosten von 50 % der Einsatzzeit erhoben werden. Wird der Termin einen Werktag vor dem Einsatz abgesagt, betragen die Ausfallkosten 100 %. Dies gilt nur, wenn kurzfristig kein anderer Einsatz statt des ausgefallenen Termins wahrgenommen werden kann. Im Falle abgesagter Einsätze im Zusammenhang mit einer ambulanten ärztlichen Behandlung werden die erstattungsfähigen Ausfallkosten von 50 bzw. 100 % auf der Basis eines zweistündigen Einsatzes zuzüglich der zu erwartenden Wegezeit bestimmt.

6. Für den Einsatz verschiedener Medien, z.B. bei einem Online-Dolmetschereinsatz via Skype, wird nur dann und insoweit eine Gebühr übernommen, als andere Aufwendungen (z.B. Fahrkosten, Parkgebühren) entfallen.
7. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht, ist die Umsatzsteuer zusätzlich erstattungsfähig.
8. Einzelabsprachen nach § 14 JVEG sind möglich.

(2) Die Berechnung der Fahrtzeit und Fahrstrecke hat auf der Grundlage des schnellsten Weges zum Einsatzort zu erfolgen. Berücksichtigungsfähig sind höchstens die Fahrtzeit und -strecke vom Betriebssitz bzw. Wohnort des Gebärdensprachdolmetschers bis zum Einsatzort und zurück.

(3) Anfragen der Ersatzkassen zur Rechnungsstellung des/der Gebärdensprachdolmetscher:in werden kostenfrei und unverzüglich beantwortet.

(4) Der/die Gebärdensprachdolmetscher:in rechnet die Leistungen und Aufwendungen nach erbrachter Leistung mit der Ersatzkasse ab. Bei sich wiederholenden Dolmetschereinsätzen (wegen laufend zu erbringender Leistungen) können Zwischenabrechnungen für einen Zeitraum von mindestens einem Monat erstellt werden. In der Abrechnung des/der Gebärdensprachdolmetscher:in müssen zwingend folgende Angaben enthalten sein:

- Name und Anschrift der Ersatzkasse
- Name, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer des/der Versicherten
- Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankdaten (IBAN, BIC, Kontoinhaber:in), Steuernummer, Institutionskennzeichen des/der abrechnendem/r Gebärdensprachdolmetscher:in sowie die Angabe, ob diese/dieser umsatzsteuerpflichtig ist
- sofern der/die leistungserbringende/r Gebärdensprachdolmetscher:in nicht mit dem/der abrechnenden Gebärdensprachdolmetscher:in identisch ist: Name der/des leistungserbringenden Gebärdensprachdolmetscher:in
- sowie zusätzlich folgende Angaben, sofern der/die leistungserbringende/r Gebärdensprachdolmetscher:in mit dem/der abrechnenden Gebärdensprachdolmetscher:in in keinem abhängigen Beschäftigungsverhältnis steht: Institutionskennzeichen, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankdaten (IBAN, BIC, Kontoinhaber:in), Steuernummer des/der leistungserbringendem/r Gebärdensprachdolmetscher:in sowie die Angabe, ob diese/dieser umsatzsteuerpflichtig ist
- Rechnungsdatum, Rechnungsnummer
- Angabe, dass Mitgliedschaft des/der leistungserbringenden Gebärdensprachdolmetscher:in im BGSD besteht
- Anlass für die Tätigkeit des/der leistungserbringenden Gebärdensprachdolmetscher:in (bspw. ärztliche Untersuchung/Behandlung, Pflege, Reha-Sport, Physiotherapie)
- Datum, Beginn und Ende der Leistung (Uhrzeit)
- Adresse des Ortes der Leistungserbringung
- Abfahrtsort des/der Gebärdensprachdolmetscher:in (Angabe der Stadt bzw. des Ortsnamens)
- Ankunftsort des/der Gebärdensprachdolmetscher:in (Angabe der Stadt bzw. des Ortsnamens)

- Einsatzbestätigung durch den behandelnden Leistungserbringer mit Datum, Stempel und Unterschrift
- Einsatzbestätigung durch den/die Versicherte mit Datum der Leistungserbringung, Ort der Leistungserbringung und Unterschrift

Ist in Ausnahmefällen eine Einsatzbestätigung durch den/die Versicherte nicht möglich, so ist dies zu begründen. Die Unterschriftsleistung der/des Versicherten erfolgt am Tag der Leistungserbringung. Liegt die Versichertenbestätigung aus einem besonderen Grund nicht vor, so ist dies von dem/der Gebärdensprachdolmetscher:in zu begründen. Sofern eine Bestätigung per Unterschrift oder per E-Mail durch den/die Versicherte:n nicht möglich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Bestätigung durch den behandelnden Leistungserbringer (Arztpraxis, Physiotherapie-Praxis, Krankenhaus etc.) erfolgen.

Die oben genannten zwingend erforderlichen Angaben können auch durch die Verwendung des in Anlage 2 beigefügten Abrechnungsformulars gegenüber der zuständigen Ersatzkasse getätigt werden.

- (5) Die Übertragung der Abrechnung / Abtretung der Forderung an Dritte, mit denen der/die leistungserbringende Gebärdensprachdolmetscher:in in keinem abhängigen Beschäftigungsverhältnis steht, ist nur gestattet, sofern der/die leistungserbringende Gebärdensprachdolmetscher:in gemäß § 6 Absatz 4 alle erforderlichen Angaben gegenüber dem /der abrechnenden Gebärdensprachdolmetscher:in/Dritten macht. In diesen Fällen ist der/die abrechnende Gebärdensprachdolmetscher:in/Dritte darauf hinzuweisen, dass die Abrechnung einer übertragenen/abgetretenen Forderung nur mit den genannten erforderlichen Abrechnungsangaben erfolgen kann.

(6) Die Rechnungen sind von den Ersatzkassen spätestens innerhalb von vier Wochen nach Eingang zu bezahlen. Eine Verpflichtung der Ersatzkasse zur Begleichung der Rechnungen besteht nur, sofern zum Zeitpunkt des Dolmetsch-Einsatzes eine Anspruchsberechtigung des Versicherten gegeben ist.

## **§ 7 Versichertenbestätigung bei Leistungserbringung mittels eines Kommunikationsmediums**

Eine rückwirkende Unterzeichnung des/der Versicherten bis zu acht Wochen nach Leistungserbringung ist mit dem Hinweis auf die Erbringung mittels Kommunikationsmedium möglich. Alternativ ist eine Bestätigung des Versicherten per E-Mail gegenüber dem/der Gebärdensprachdolmetscher:in darüber, dass die Leistung von der/dem Gebärdensprachdolmetscher:in erbracht wurde (Angabe des Tages und der Uhrzeit (von ... bis), des Ortes der Leistungserbringung), als Nachweis ausreichend; eine Bestätigung per E-Mail kann sich auf mehrere Leistungen beziehen und muss spätestens zwei Wochen nach Erbringung der frühesten Leistung vom/von der Versicherten versandt werden.

## **§ 8 Qualitätssicherung**

Der Bundesverband der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e.V. (BGSD) und seine korporativen Mitglieder stellen sicher, dass in der Liste zu § 1 Abs. 2 Buchstabe b nur Gebärdensprachdolmetscher aufgeführt werden, deren fachliche Qualifikation den Aufnahmebestimmungen für Einzelmitglieder des BGSD entspricht (siehe [www.bgsd.de](http://www.bgsd.de)).

## **§ 9 Datenschutz**

(1) Die unter § 1 Abs. 2 Buchstaben a und b aufgeführten Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (DSGVO, §§

67ff SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSGVO-EKD) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Rahmenvereinbarung ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekanntzugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

- (2) Der Bundesverband der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e. V. verpflichtet sich, dies seinen Mitgliedern und den Landesverbänden bekanntzugeben.

## § 10 Inkrafttreten/Geltungsdauer

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt zum 1. Januar 2023 an die Stelle der Rahmenvereinbarung vom 1. Januar 2014.
- (2) Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Sollte sich kurzfristig Handlungsbedarf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von drei Monaten in die Verhandlungen einzutreten.



.....  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),  
Berlin



Bundesverband  
der GebärdensprachdolmetscherInnen  
Deutschlands e.V.  
Heidland 6a; 45721 Haltern am See

Bundesverband der  
GebärdensprachdolmetscherInnen  
Deutschlands e.V., Haltern am See

# Anlage 1

## Antrag auf Kostenübernahme für einen Gebärdensprachdolmetscheinsatz

---

Name der/des (hörgeschädigten\*) Versicherten: .....

Anschrift: .....

Geboren am: ..... Versichertennummer: .....

Name der/des hörgeschädigten Angehörigen: .....

---

Es werden ein/zwei\* Gebärdensprachdolmetscher für voraussichtlich (je)..... Stunden benötigt.

Grund: \*\*

der Einsatz soll bei einem Leistungserbringer im Ausland erfolgen

der Einsatz soll im Inland durch eine:n nicht dem Einsatzort nächstgelegene:n und verfügbare:n

Gebärdensprachdolmetscher:in erfolgen, weil:

.....  
.....

Es ist eine

Doppelbesetzung geplant, weil:

der Einsatz länger als 60 Minuten andauert

mehr als drei Personen (ohne Dolmetscher) beteiligt sind

Sonstiges: .....

Dolmetscher:in (Name, PLZ, Ort):

.....

im Falle einer Doppelbesetzung:

zweite:r Dolmetscher:in (Name, PLZ, Ort):

.....

---

**Datum**

---

**Unterschrift des/der Dolmetscher:in**

\* Nichtzutreffendes bitte streichen

\*\*Zutreffendes bitte ankreuzen

---

### Bestätigung der Krankenkasse

Die Kosten des Einsatzes des/der Gebärdensprachdolmetscher:in aus dem oben angeführten Anlass werden gemäß der Rahmenvereinbarung zwischen dem vdek und dem Bundesverband der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands e.V. vom 1. Januar 2023 übernommen.

---

**Datum**

---

**Unterschrift der Krankenkasse**

## Anlage 2 Abrechnungsbformular

---

Name der Krankenkasse:

Adresse der Krankenkasse:

Rechnungsdatum:

Rechnungsnummer:

Angaben zum/zur abrechnenden Gebärdensprachdolmetscher:in/Dritten/Unternehmen:

Name:

Anschrift:

E-Mail:

Telefonnummer:

Institutionskennzeichen:

Bank:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Steuernummer:

Mitglied in einem Berufsverband: BGSD  BGN  anderer  Nein

Angaben zum/zur leistungserbringenden Gebärdensprachdolmetscher:in (falls abweichend):

Name:

Zusätzliche Angaben zum/zur leistungserbringenden Gebärdensprachdolmetscher:in, sofern kein Beschäftigungsverhältnis zum/zur abrechnenden Gebärdensprachdolmetscher:in besteht:

Institutionskennzeichen:

Anschrift:

E-Mail:

Telefonnummer:

Bank:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Steuernummer:

Mitglied in einem Berufsverband: BGSD  BGN  anderer  Nein

Angaben zum/zur Versicherten:

Name:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

Angaben zum Einsatz:

Leistungserbringung aufgrund von: Arztbesuch  Pflege  Physiotherapie  Krankenhaus

Sonstiges (z. B. Reha-Sport): .....

Anlass (z. B. Untersuchung, Notfallbehandlung):

Datum der Leistungserbringung:

Beginn der Leistung (Uhrzeit):

Ende der Leistung (Uhrzeit):

Adresse des Ortes der Leistungserbringung:

Angaben zu Fahrkosten:

Hinfahrt zum Ort der Leistungserbringung von (Adresse des Abfahrtsorts):

von ..... (Uhr) bis ..... (Uhr)

Rückfahrt vom Ort der Leistungserbringung nach (Adresse des Ankunftsorts):

von ..... (Uhr) bis ..... (Uhr)

Bemerkungen:

Ausfallkosten: ja  nein

Falls Zutreffend: <input type="checkbox"/> gemäß § 4 Nr. 16 Buchst. m UStG wird keine Umsatzsteuer berechnet. <input type="checkbox"/> gemäß § 19 UStG (Kleinunternehmer) wird keine Umsatzsteuer berechnet.
---

Einsatzbestätigung durch den/die behandelnden Leistungserbringer:in (Arztpraxis, Physiotherapie-Praxis etc.)

Datum der Leistungserbringung:

Stempel:

Unterschrift des/der behandelnden Leistungserbringer:in

Einsatzbestätigung durch den/die Versicherten

Datum der Leistungserbringung:

Ort der Leistungserbringung:

Unterschrift des/ der Versicherten: