

Quittungsheft für Zuzahlungen

Für: _____
Name, Vorname(n):

Geb.-Datum: _____

Quittungsheft für Zuzahlungen

- Praxisgebühr
(ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung)
- Arznei- Verbandmittel
- Fahrkosten
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind
- Krankenhausbehandlung
- Anschlussrehabilitation
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Kuren)

Hinweis:

Zuzahlungen für die Leistungen Haushaltshilfe, Soziotherapie und häusliche Krankenpflege werden unmittelbar von der Krankenkasse erhoben. Eine Bestätigung im Quittungsheft ist daher nicht erforderlich.

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

für die nebenstehend genannten Leistungen sind nach den gesetzlichen Bestimmungen Zuzahlungen zu leisten. Die Krankenkasse kann Versicherten, die hierdurch besonders belastet sind, einen Teil dieser Aufwendungen, abhängig von der individuellen Belastungsgrenze, erstatten. Wer das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, muss keine Zuzahlungen entrichten (Ausnahme: Fahrkosten).

Dieses Quittungsheft erspart ihnen, Belege zu sammeln. Statt dessen bitten wir Sie, dieses Quittungsheft zu Ihrem und unserem Vorteil zu nutzen, da wir leichter über Ihren Erstattungsanspruch entscheiden können.

Deshalb unsere Bitte:

- Lassen Sie sich auf den nächsten Seiten Ihre Zuzahlungen bestätigen.
- Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift auf der Rückseite des Quittungsheftes die Richtigkeit der Eintragungen.

Wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse, wenn die Zuzahlungen Ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht haben.

Haben Sie Fragen, beraten wir Sie gerne.

Ihre

Praxisgebühr (ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung)

| Gebühr | Datum | Unterschrift und Stempel der Praxis |
|------------|-------|-------------------------------------|
| 10,00 Euro | | |
| 10,00 Euro | | |
| 10,00 Euro | | |
| 10,00 Euro | | |

Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel (ohne Harn- und Blutteststreifen)

Hinweise für den Apotheker:

- Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privatrezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.
- Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindest-Zuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

| Kassenrezept | Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 Euro, max. 10 Euro) | Datum | Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle |
|---|---|-------|---|
| 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"/> | | | |

Fahrkosten (Zuzahlungen bei zwingend medizinisch notwendigen Fahrten)

| Vertragsärztliche Verordnung liegt vor | Fahrt zur | Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 Euro, max. 10 Euro) | Datum der Fahrt | Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle |
|---|---|--|--------------------|--|
| Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ambulanten Behandlung <input type="checkbox"/> stationären Behandlung <input type="checkbox"/> | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ambulanten Behandlung <input type="checkbox"/> stationären Behandlung <input type="checkbox"/> | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ambulanten Behandlung <input type="checkbox"/> stationären Behandlung <input type="checkbox"/> | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ambulanten Behandlung <input type="checkbox"/> stationären Behandlung <input type="checkbox"/> | | | |

Zuzahlungen für Heilmittel

| Kassenrezept liegt vor | Höhe der Zuzahlung (10 % der Kosten und 10 Euro je Verordnung) | Datum | Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle |
|---|---|-------|---|
| 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"/> | | | |

Zuzahlung für Hilfsmittel *)

(Differenzbeträge zwischen Abgabepreis und Festbetrag/Vertragspreis dürfen hier nicht bestätigt werden.)

| Kassenrezept liegt vor | Bezeichnung des Hilfsmittels | Höhe der Zuzahlung (10 %, mind. 5 Euro, max. 10 Euro) | Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle |
|---|------------------------------|--|--|
| 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"/> | | | |

*) Quittierung der Zuzahlungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel siehe Folgeseiten

Zuzahlung für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind
(Zuzahlung 10 % je Packung, höchstens 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation)

| Kassenrezept liegt vor | Bezeichnung des Hilfsmittels | Zeitraum der Versorgung | Höhe der Zuzahlung | Datum, Unterschrift und Stempel der abgebenden Stelle |
|---|------------------------------|-------------------------|--------------------|---|
| 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"/> | | | | |

Zuzahlungen für

- vollstationäre Krankenhausbehandlung* (1)
- Anschlussrehabilitation* (2)
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Kuren) (3)

(10 Euro Zuzahlung je Kalendertag) (* max. 28 Tage je Kalenderjahr)

| Art der Maßnahme (1, 2, 3) | Kostenträger | Zeitraum der Maßnahme von-bis | Höhe der Zuzahlung gesamt | Unterschrift und Stempel der Klinik/Einrichtung |
|-------------------------------|--------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Erklärung zur Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V

Ich erkläre die Richtigkeit der Eintragungen. Die in diesem Quittungsheft bestätigten Zuzahlungen sind mir tatsächlich entstanden.

Datum

Telefon
(freiwillige Angabe)

Unterschrift