

## Information über berücksichtigungsfähige Zuzahlungen und Eigenanteile

**Wichtig: Sammeln Sie sämtliche Belege, damit Sie Ihre Auslagen und die Ihrer Angehörigen nachweisen können.**

Bei der Berechnung Ihrer Belastungsgrenze berücksichtigen wir gerne Ihre Original-Zuzahlungsquittungen über folgende Leistungen:

- > Praxisgebühr Arzt/Zahnarzt
- > stationäre Krankenhausbehandlungen
- > Arznei-, Heil- und Verbandmittel
- > häusliche Krankenpflege
- > Haushaltshilfe
- > Hilfsmittel
- > ambulante Rehabilitation
- > ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation
- > stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
- > Fahrkosten, i. d. R. bei stationärer Behandlung und Rettungsfahrten

Bei allen Zuzahlungsbelegen (besonders bei einzelnen Apothekenquittungen) dürfen wir nur Nachweise berücksichtigen, die Folgendes beinhalten:

- > Vor- und Nachname
- > Bezeichnung der Leistung (z. B. Arzneimittel, Heilmittel)
- > Zuzahlungsbetrag
- > Datum der Abgabe und Bezeichnung der abgebenden Stelle (z. B. durch einen Stempel der Apotheke)
- > bei Sammelbelegen neben der Artikelbezeichnung die Pharmazentralnummer (PZN)

**Nicht** berücksichtigungsfähig sind z. B. folgende Mehrkosten:

- > Arzneimittel mit Überschreitung des Festbetrages
- > rezeptfrei erworbene Arzneimittel
- > auf Privat Rezept 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)

## Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr \_\_\_\_\_

**Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehe-/Lebenspartner/-in\* und die aufgeführten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.**

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner/-in*	Kind	Kind	Kind	Kind
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Jahres-Bruttoeinnahmen <sup>1</sup>	€	€	€	€	€	€
Sachbezüge <sup>2</sup>						
Krankenkasse (Name, Sitz)						
Zuzahlungen <sup>3</sup>	€	€	€	€	€	€

\*Lebenspartner/-in i. S. d. „Lebenspartnerschaftsgesetzes“.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und habe entsprechende **Einkommensnachweise aller oben aufgeführten Personen** sowie alle **Original-Zuzahlungsnachweise** beigelegt.

Die Erstattungsbeiträge überweisen Sie bitte auf das Konto

Kreditinstitut

BLZ

Kontonummer

Kontoinhaber/-in (Vorname Name), falls von Antragsteller/in abweichend

Meine Bankverbindung hat sich geändert und lautet

Kreditinstitut

BLZ

Kontonummer

Kontoinhaber/-in (Vorname Name), falls von Antragsteller/in abweichend

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

<sup>1</sup> Zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören u. a. Lohn und Gehalt einschließlich Sonderzahlungen sowie Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, die Bruttobeträge von Betriebsrenten und Renten aus einer gesetzlichen oder privaten Versicherung sowie Mieteinnahmen und Zinseinkünfte. Nicht zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören z. B. Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG, Pflegezulage, BAföG, Blindenunterstützung, Erziehungsgeld, Kindergeld, Wohngeld, Pflegegeld SGB XI. Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des/der Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen. <sup>2</sup> Zu den Sachbezügen gehören freie Kost und Wohnung, die vom Arbeitgeber gewährt werden. Sofern der Wert der Sachbezüge in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der gewährten Sachbezüge angeben (z. B. freie Kost und/oder Wohnung). <sup>3</sup> Berücksichtigt werden die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse entstandenen gesetzlichen Zuzahlungen.

Nicht zu berücksichtigen sind z. B. Zuzahlungen zu Zahnersatz. Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich.