

Für das Wichtigste im Leben

Die Alternative im Gesundheitswesen



Quittungsheft
für Zuzahlungen

secur**ita**

IHRE KASSE FÜR GANZHEITLICHKEIT

Quittungsheft für Zuzahlungen für

Name, Vorname

Versichertennummer (s. Versichertenkarte)

Bankverbindung für die Erstattung:

Geldinstitut

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Erklärung zur Befreiung nach § 62 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Ich erkläre, dass die Eintragungen in diesem Nachweisheft richtig sind.
Die bestätigten Zuzahlungen sind mir tatsächlich entstanden.

Datum

Telefon (freiwillige Angabe)

Unterschrift

Sehr geehrtes Mitglied,

zu einigen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen 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.
- Verwenden Sie für sich und jeden Familienangehörigen ein eigenes Heft.
- Achten Sie auf vollständige und richtige Eintragungen durch die ausgebende Stelle, z. B. die Apotheke.
- Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift auf der nebenstehenden Seite die Richtigkeit der Eintragungen.

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

Bitte rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben oder unsere Unterstützung benötigen. Sie erreichen uns montags-freitags von 7.00 - 19.00 Uhr über unsere **Service-Nr. 01802 - 242627** (6 cent pro Gespräch)
Wir helfen Ihnen gerne.

Ihre SECURVITA BKK

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

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

Hinweis für den Apotheker:

Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privat-rezept verordnete Arzneimittel oder sonstige nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.

Ist der Preis des Mittels geringer als die Mindestzuzahlung, sind im Feld „Zuzahlung“ die tatsächlichen Kosten einzutragen.

Zuzahlung (10 %, mind. 5 EUR, max. 10 EUR)	Kassenrezept liegt vor	Stempel, Datum u. Unterschrift 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"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Zuzahlungen für Heilmittel

Bezeichnung und Anzahl des/der Heilmittel/s	Kassenrezept liegt vor	Zuzahlung (10 % der Kosten +10,00 EUR pro Verordnung)	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>			
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Zuzahlungen für Heilmittel

Bezeichnung und Anzahl des/der Heilmittel/s	Kassenrezept liegt vor	Zuzahlung (10 % der Kosten +10,00 EUR pro Verordnung)	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>			
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Zuzahlungen für Heilmittel

Bezeichnung und Anzahl des/der Heilmittel/s	Kassenrezept liegt vor	Zuzahlung (10 % der Kosten +10,00 EUR pro Verordnung)	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>			
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Zuzahlungen für Heilmittel

Bezeichnung und Anzahl des/der Heilmittel/s	Kassenrezept liegt vor	Zuzahlung (10 % der Kosten +10,00 EUR pro Verordnung)	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>			
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Zuzahlungen für Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind

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

- 10 % des Abgabepreises, mind. 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels
- Quittierung der Zuzahlungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel - siehe Folgeseiten

Bezeichnung und Anzahl	Kassenrezept liegt vor	Zuzahlung in EUR	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>			
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Zuzahlungen für Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind

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

- 10 % des Abgabepreises, mind. 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels
- Quittierung der Zuzahlungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel - siehe Folgeseiten

Bezeichnung und Anzahl	Kassenrezept liegt vor	Zuzahlung in EUR	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>			
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Zuzahlungen für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind

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

- 10 % je Packung, jedoch höchstens 10,00 EUR für den Monatsbedarf je Indikation

Bezeichnung des Hilfsmittels	Kassenrezept liegt vor	Zeitraum der Versorgung	Zuzahlung in EUR	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>				
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

Zuzahlungen für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind

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

- 10 % je Packung, jedoch höchstens 10,00 EUR für den Monatsbedarf je Indikation

Bezeichnung des Hilfsmittels	Kassenrezept liegt vor	Zeitraum der Versorgung	Zuzahlung in EUR	Datum der Abgabe	Stempel, Unterschrift 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"/>				
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

Praxisgebühr (ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung)

Ausgenommen sind:

- Behandlungen auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr
- Schutzimpfungen
- Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen)
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (Individualprophylaxe)

Quartal	Zuzahlung in EUR	Datum	Stempel, Unterschrift
	10,-		
	10,-		
	10,-		
	10,-		

Praxisgebühr (ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung)

Ausgenommen sind:

- Behandlungen auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr
- Schutzimpfungen
- Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen)
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (Individualprophylaxe)

Quartal	Zuzahlung in EUR	Datum	Stempel, Unterschrift
	10,-		
	10,-		
	10,-		
	10,-		

Zuzahlungen für

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

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

Art der Maßnahme (1,2,3)	Kostenträger	Zuzahlung in EUR	für die Zeit von - bis	Stempel, Datum, Unterschrift der Einrichtung

Zuzahlungen für

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

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

Art der Maßnahme (1,2,3)	Kostenträger	Zuzahlung in EUR	für die Zeit von - bis	Stempel, Datum, Unterschrift der Einrichtung

Fahrkosten (Zuzahlungen bei zwingend medizinisch notwendigen Fahrten)

- für Fahrten zur ambulanten Behandlung ist eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich
- 10 % der Kosten, je Fahrt mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR

Datum der Fahrt	von	nach	Zuzahlung in EUR	Stempel, Datum, Unterschrift des Transporteurs

Fahrkosten (Zuzahlungen bei zwingend medizinisch notwendigen Fahrten)

- für Fahrten zur ambulanten Behandlung ist eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich
- 10 % der Kosten, je Fahrt mindestens 5,00 EUR, höchstens 10,00 EUR

Datum der Fahrt	von	nach	Zuzahlung in EUR	Stempel, Datum, Unterschrift des Transporteurs

So erreichen Sie uns

Adressen, Telefonnummern & Öffnungszeiten

Montags bis freitags
von 7:00 bis 19:00 Uhr

Postanschrift:

SECURVITA BKK
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

Zu Fuß:

SECURVITA BKK
Burchardstraße 17
20095 Hamburg (City)

Servicetelefon:

01802-24 26 27
(6 Cent pro Gespräch)

Telefon:

040-33 47-7

Telefax:

040-33 47-90 00

Internet:

www.securvita.de

E-Mail:

mail@securvita-bkk.de

Newsletter-Abo:

www.securvita.de