

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

Abrechnungsformular
Erstattung von Zusatzleistungen während der Schwangerschaft

Name: _____ Vorname: _____

Versichertennummer: _____

1. Leistung (Bitte benutzen Sie für jede Rechnung ein gesondertes Abrechnungsformular.)

Ich beantrage gemäß der Satzung der SECURVITA Krankenkasse einen Zuschuss für:

- Ultraschalluntersuchung für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhten medizinischen Risiko hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes
- Nackenfaltenmessung für Risikoschwangere
- Triple-Test für Risikoschwangere
- Feststellung von Antikörpern gegen Ringelröteln und Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr durch den Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen
- Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr durch den Erreger ausgesetzt sind, z.B. bei Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen
- Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr durch den Erreger ausgesetzt sind, z.B. bei Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr
- Beratungsleistung einer Hebamme für die Still- und Ernährungsberatung
- Beratungsleistung einer Hebamme zur Wahl des Geburtsortes und des Geburtsmodus
- Arzneimittel (nicht verschreibungspflichtig, apothekenpflichtig) für Schwangere mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Magnesium, Vitamin B12 und D3 sowie Folsäure als Mono- oder Kombinationspräparate nach ärztlicher Verordnung

2. Rechnung (Bitte fügen Sie die Rechnung bei.)

Rechnung vom: _____

Rechnungsbetrag: _____ €

Leistungstag: _____

Name: _____ Vorname: _____

Versichertennummer: _____

3. Bankverbindung

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und deren Vollständigkeit.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Bitte beachten Sie unbedingt Folgendes: Reichen Sie Ihre Originalrechnung **spätestens bis zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats ab Rechnungsdatum** bei uns ein.