

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V – Formular für Familienangehörige

Name, Vorname Versicherter _____

Straße _____

Ort _____

Für das familienversicherte Mitglied _____

(Name und Vorname Familienmitversicherter)

bei der Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Mir ist bekannt, dass meine (nach § 10 SGB V) versicherten Familienangehörigen gemäß § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen können.

Nach eingehender Information über die Auswirkungen dieser Entscheidung habe ich meine Krankenkasse über die Ausübung meines Kostenerstattungswahlrechts in Kenntnis gesetzt.

Mir ist bekannt, dass die Liquidation auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist des Weiteren bekannt, dass mein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die meine Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Ich bin darüber informiert, dass ich an die Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin. Mir ist dabei bewusst, dass die Wahl der Kostenerstattung unbefristet gilt und frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich vor Inanspruchnahme der Leistung von meiner/meinem Zahnärztin/Zahnarzt _____ darüber informiert wurde, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von mir selbst zu tragen sind.

Datum/Ort

Unterschrift Versicherter

Datum/Ort

Unterschrift Familienmitversicherte(r)