
Name, Vorname
Versicherungs-Nr.

An (Krankenkasse)

Antrag auf Kostenerstattung nach § 13 SGB 5:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich nach dem ab dem 01.01.2004 gültigen § 13 SGB 5, geändert durch das GMG, die Kostenerstattung beim Privatarzt (kein Vertragsarzt)

Dr. med.

Ein Privatarzt ist ein „nicht im vierten Kapitel genannter Leistungserbringer“.

1. Bitte beraten Sie mich wie vorgeschrieben, insbesondere über die genaue Höhe der Erstattung (z.B. Unterschied Beratungsleistung EBM-GOÄ)
2. Folgende medizinische Gründe liegen vor bei Diagnose _____
 bisher nicht erfolgreiche Behandlung durch Vertragsärzte
 erhebliche Nebenwirkung durch die bisherige Behandlung

Folgende soziale Gründe liegen vor:

3. Die privatärztliche Behandlung bei Dr. _____ ist einer vertragsärztlichen Behandlung mindestens gleichwertig

Die Rechnungen von Dr. _____ werden nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt.

Ich beantrage, die Rechnungsziffern nach GOÄ mit dem gültigen EBM zu vergleichen und mir den entsprechenden Betrag zu erstatten.

_____, den