

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname der / des Versicherten

Geburtsdatum der / des Versicherten

KNAPPSCHAFT
Patientenquittung
45095 Essen

oder per Fax an 0234 97838 90056

Sehr geehrte Damen und Herren,

- bitte senden Sie mir meine individuelle Patientenquittung für folgende Leistungsbereiche (maximal die letzten drei Jahre) zu:

	Zeitraum von	Zeitraum bis
<input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Arznei- und Hilfsmittel (Apothekenleistungen)	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Fahr- und Transportkosten	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Heilmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____

- bitte senden Sie mir eine Patientenquittung für meinen familienversicherten Ehegatten (maximal die letzten drei Jahre) zu:

Krankenversichertennummer des Ehegatten	Zeitraum von	Zeitraum bis

<input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Arznei- und Hilfsmittel (Apothekenleistungen)	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Fahr- und Transportkosten	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Heilmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____

Auf der Rückseite haben Sie die Möglichkeit, eine Patientenquittung für weitere Angehörige anzufordern.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

ggfs. Unterschrift des Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Anforderung einer Patientenquittung erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Offenbarung der personenbezogenen Daten nur für den Zweck der Erstellung und Zusendung der oben angegebenen Patientenquittung einverstanden.

bitte senden Sie mir eine Patientenquittung für weitere familienversicherte Angehörige (maximal die letzten drei Jahre) zu:

Krankenversicherungsnummer des Angehörigen	Zeitraum von	Zeitraum bis
<input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Arznei- und Hilfsmittel (Apothekenleistungen)	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Fahr- und Transportkosten	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Heilmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____

Krankenversicherungsnummer des Angehörigen	Zeitraum von	Zeitraum bis
<input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Arznei- und Hilfsmittel (Apothekenleistungen)	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Fahr- und Transportkosten	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Heilmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____

Krankenversicherungsnummer des Angehörigen	Zeitraum von	Zeitraum bis
<input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Arznei- und Hilfsmittel (Apothekenleistungen)	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Fahr- und Transportkosten	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Heilmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlungen	____.Quartal 20____	____.Quartal 20____