

Absender:

Antrag auf Kostenerstattung für eine ambulante interdisziplinäre Adipositas therapie

Erstantrag

Verlängerungsantrag

1.) Name des/der Versicherten: _____

Anschrift: _____

geb.: _____ Versicherungsnummer: _____

2.) Ich beantrage Kostenerstattung für eine ambulante interdisziplinäre Adipositas therapie

für: mich

folgenden

Angehörigen: _____

3.) Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt diesem Antrag bei.

4.) Die Behandlung wird durchgeführt durch das

Adipositas-Zentrum an der Augusta-Kranken-Anstalt

Dr.-C.-Otto-Str. 27

44879 Bochum

FON: 0234-517-4900/-4905 FAX: 0234-517-4613

5.) Ich weise darauf hin, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten von Kostenträgern nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§35. I, 1, SGB I) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§284, I, Nr.4, SGB V) erhoben werden; ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter