



Musterbriefsammlung

Antrag auf Einstufung als chronisch krank

1% Regelung zur Zuzahlung von Medikamenten

Anmerkung:

Die 1% Regelung wird je nach Krankenkasse unterschiedlich gehandhabt.
Original Belege der Apotheken aufbewahren
Euer Arzt kann Euch das „Muster 55“ ausdrucken.

Erläuterungen:

Die Datei ist mit Kopf- und Fußzeilen ausgestattet und enthält zusätzlich seitlich auch eine Markierung zum Falten für einen Längsbrief mit Sichtfenster.

In der Kopfzeile Deinen Vor- und Nachnamen eintragen.

Die mit „X“ gekennzeichneten Stellen bitte entsprechend eintragen.

In den „rot“ geschriebenen Textpassagen Deine Daten ergänzen.

Die „blau“ markierten Sätze entsprechend wählen.

Die „grün“ markierten Absätze auswählen, den entfallenden löschen.

Natürlich nicht vergessen, danach den gesamten Text in „schwarz“ umzuwandeln.

Vorname Name, Straße Haus- Nr., PLZ Ort

Adresse: Straße Hs- Nr.
PLZ Ort

Krankenkasse XXX
(Ansprechpartner falls bekannt)
Musterstr. 00
XXXXX Musterstadt

Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Ihr Zeichen:

Ihr Schreiben vom:

KV-Nummer:
XXX

Datum:
XX.XX.XXXX

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

Sehr geehrte Damen und Herren (oder Sachbearbeiter Name, wenn bekannt),

ich beantrage die Befreiung von Zuzahlungen zu Arzneimitteln, Krankenhaustagegeld etc., sowie die Einstufung als chronisch krank.

Begründung:

Ich bin seit xxxx in regelmäßiger medizinischer Behandlung, bzw. muss regelmäßig fachärztlich und/oder therapeutisch behandelt werden. Ohne diese Behandlung ist eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten. Es wurde ein "transsexuelles Syndrom" diagnostiziert (ICD10 F 64.0).

Eine lebenslange Arzneimitteltherapie ist, neben anderen anstehenden Heilmaßnahmen, in jedem Fall erforderlich. Ich bin demnach in jedem Fall als chronisch krank einzustufen und habe Anspruch auf die Zuzahlungsgrenze von 1% zur Gesundheitsfürsorge. Mein behandelnder Arzt hat auf dem beiliegenden „Muster 55“ bestätigt, dass ich mindestens 1x je Quartal in der Praxis vorstellig werden muss.

Wie Sie der beigelegten Anlage entnehmen können, habe ich bereits die Gesamtbelastungsgrenze von **0,00€ (1% des Jahresbruttogehalts)** überschritten.

Ich bitte Sie, meinen Antrag zu bewilligen und mir die zu viel gezahlten Zuzahlungen zu erstatten.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname Name

Anlagen:

Auflistung der Rezeptgebühren
Beleg Kopien
Muster 55