

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

**Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben
genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich**

- ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar
 ja, voraussichtlich bis _____
 nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung
erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale
bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

**Bescheinigung einer 55
schwerwiegenden
chronischen Erkrankung
gem. § 62 SGB V**

Seit _____
(mindestens 4 Quartale zurückliegend)
ist der Versicherte wegen derselben
Erkrankung in Dauerbehandlung.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen

*Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten
gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag
durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.*

*In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die
nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht
korrekt zugeordnet werden.*

*Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf
Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.*

Angaben zum antragstellenden Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversichertennummer