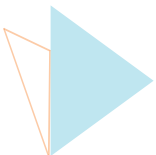


KOSTENERSTATTUNGSVERFAHREN NACH § 13 ABS. 2 SGB V



KOSTENERSTATTUNGSVERFAHREN NACH § 13 ABS. 2 SGB V

WAHL DES KOSTENERSTATTUNGSVERFAHRENS NACH § 13 ABS. 2 SGB V GEPLANTE BEHANDLUNG IN EINER PSYCHIATRISCHEN ODER PSYCHOTHERAPEU- TISCHEN PRIVATKLINIK

NUMMER MEINER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit wähle ich für stationäre Behandlungen das Kostenerstattungsverfahren. Meine Wahl gilt vom ____ bis zum ____; der Zeitraum beträgt mindestens drei Monate.

Mit der Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bekomme ich selbst die Krankenhausrechnungen und bin verpflichtet, sie vollständig zu begleichen. Von Ihnen werden dann Anteile der Beträge erstattet. Das gilt für alle stationären Behandlungen innerhalb des angegebenen Zeitraums.

Nachdem Sie mir die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bestätigt haben, möchte ich eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung beginnen. Sie ist medizinisch notwendig. Mein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat diese Notwendigkeit bescheinigt. Das Attest lege ich bei.

Bitte bestätigen Sie Ihrerseits die Notwendigkeit der Behandlung.

Die von mir gewählte LIFESPRING - Privatlinik Bad Münstereifel berechnet einen Tagessatz von 650 Euro. Die stationäre Behandlung dauert vom ____ bis zum ____.

Bitte bestätigen Sie mir die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens für diese Behandlung. Ich bitte Sie auch, mir mitzuteilen, welchen Anteil vom genannten Tagessatz Sie mir erstatten werden.

Mit freundlichen Grüßen

