

Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf

gemäß § 8 Heilmittel-Richtlinie

Damit wir Ihren Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf prüfen können:

Füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es mit einer Kopie der notwendigen Heilmittel-Verordnung an uns zurück.

1. Persönliche Daten der antragstellenden Person

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

PLZ:

Ort:

2. Erklärung der antragstellenden Person

Aufgrund meiner schweren und dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung besteht der Bedarf einer langfristigen Versorgung mit Heilmitteln.

Deshalb beantrage ich, die Schwere und Langfristigkeit meiner Erkrankung(en) gemäß § 8 der Heilmittel-Richtlinie festzustellen sowie die erforderliche Heilmitteltherapie langfristig zu genehmigen.

Bitte beachten Sie die in der Anlage beigefügte Kopie der Heilmittel-Verordnung mit medizinischer Begründung.

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Leistungen im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie gemäß § 8. Ihre Angaben werden ggf. an den Medizinischen Dienst (MD) weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Telefon (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Ort, Datum:

Unterschrift:

FB LEI

Senden Sie bitte diese Seite inkl. ärztlicher Verordnung an uns zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Mit der App scannen
und hochladen