

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

# Grundkurs

## Antrag auf Kostenübernahme für einen Patientenschulungskurs durch die Krankenkasse (§ 43 SGB V)

### Diagnose

---



---

### Ärztliche Befürwortung

Ich befürworte, dass der/die oben genannte Patient/in an der Schulung gemäß der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie teilnimmt.

- Chronische Polyarthritis/Rheumatoide Arthritis / Grundkurs
- Fibromyalgie / Grundkurs
- Morbus Bechterew / Grundkurs
- Lupus erythematodes / Grundkurs

\_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift des Arztes / Vertragsnummer

### Antrag des Versicherten

Ich beantrage die Förderung der Teilnahme an einer Patientenschulung als ergänzende Leistung zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) durch die gesetzliche Krankenkasse. Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf Grundlage von § 43 Nr. 2 SGB V liegen vor. Die vorgesehene Maßnahme erfüllt die genannten Kriterien. **Die Maßnahme soll durch den Landesverband Hamburg e. V. der Deutschen Rheuma-Liga durchgeführt werden.**

Die Gesamtkosten für diese Maßnahme betragen 285,-- €. Ich habe eine Eigenbeteiligung von 45,-- € zu entrichten.

### Hinweis zum Datenschutz gem. § 76 Abs. 2 Ziffer 1 SGB X

Sie haben das Recht, der Übermittlung Ihrer in diesem Antragsformular enthaltenen personenbezogenen Daten an die in diesem Abschnitt "Antrag des Versicherten" genannte Stelle (Verein, Träger, usw.) zu widersprechen.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten

### Genehmigung der Krankenkasse

Wir genehmigen die Teilnahme an der Patientenschulung und übernehmen für diese Maßnahme die Kosten in Höhe von 240,-- €.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel der Krankenkasse

\_\_\_\_\_ Unterschrift

### Teilnahmebestätigung

Ich bestätige meine Teilnahme

Datum

Unterschrift

an folgenden Modulen.

Modul 1:

Modul 2:

Modul 3:

Modul 4:

Modul 5:

Modul 6:

# Abtretungserklärung

Name, Vorname:

---

Anschrift:

---

Versicherungs-Nr. gemäß  
Versicherungskarte:

---

Name der Krankenkasse:

---

Anschrift:

---

Ich beauftrage die Krankenkasse:

---

die mir aus der Rechnung des Landesverbandes Hamburg der Deutschen Rheuma-Liga  
Dehnhaiide 120, 22081 Hamburg

zustehende Erstattung von 240,-- € unter dem **Stichwort "Patientenschulung"**  
an den Rechnungsaussteller zu zahlen.

Der vereinbarte Eigenanteil wurde von mir direkt an den  
Landesverband Hamburg der Deutschen Rheuma-Liga entrichtet.

Dieser Auftrag gilt als Quittung über den Empfang der Kassenleistung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift