

Antrag zur Befreiung der Kostenbeteiligung für Chronischkranke

Gestützt auf Art 23b KVG und Art. 81 beantrage ich hiermit die Befreiung von der Kostenbeteiligung.

Bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen gewährt die FKB die Befreiung von der Kostenbeteiligung auf den Beginn des dem Zeitpunkt des Eingangs des Antrags folgenden Kalenderjahres.

Sofern die Voraussetzungen für die Befreiung der Kostenbeteiligung nicht mehr gegeben sind, ist dies unverzüglich der FKB zu melden.

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Geb. Datum:	Vers. Nr.:
Datum:	Unterschrift:

Ärztliches Zeugnis

Ich bestätige, dass die Voraussetzungen zur Kostenbefreiung aufgrund der Indikationen nach Anhang 5 KVV gegeben sind.

Organsystem / Gruppe:	Diagnose:
Voraussetzungen:	
Datum:	Stempel und Unterschrift des Arztes: