

## Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V - Versicherter

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Ich bin  Mitglied

bei der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich als Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen kann.

Nach eingehender Information über die Auswirkungen dieser Entscheidung habe ich meine Krankenkasse über die Ausübung meines Kostenerstattungswahlrechts in Kenntnis gesetzt.

Mir ist bekannt, dass die Liquidation auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist des Weiteren bekannt, dass mein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die meine Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Ich bin darüber informiert, dass ich an die Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin. Mir ist dabei bewusst, dass die Wahl der Kostenerstattung unbefristet gilt und frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich vor Inanspruchnahme der Leistung von meiner/meinem Zahnärztin/Zahnarzt \_\_\_\_\_ darüber informiert wurde, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von mir selbst zu tragen sind.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift