

Antrag auf Kostenerstattung für die ambulante interdisziplinäre, multimodale Adipositas therapie

Erstantrag

Verlängerungsantrag

1. Antrag auf eine Kostenerstattung für die Adipositas therapie

Name: _____

Anschrift: _____

geb.: _____

Versicherungsnummer: _____

2. Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt diesem Antrag bei.

3. Die Adipositas therapie wird durchgeführt durch

Wohl & Gesund
Bahnhofstr. 62
46145 Oberhausen
Tel: 0201- 205318-2 | FAX: 0201- 205318-3

4. Ich weise darauf hin, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten von Kostenträgern nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§35. I, 1, SGB I) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen.
Mir ist bekannt, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§284, I, Nr.4, SGB V) erhoben werden; ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort, Datum Unterschrift Versicherter