

Name, Vorname	Geb. Datum	BG-Nr.
---------------	------------	--------

Antrag auf Erstattung von nicht verschreibungspflichtigen Arznei-/Heilmittel

Hiermit beantrage ich die Erstattung der Kosten für nicht verschreibungspflichtige **Arznei-/Heilmittel** für folgendes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft:

Name, Vorname	Geb. Datum
---------------	------------

Datum und Unterschrift des Antragstellers

Bestätigung des zuständigen Arztes:

Benötigtes Medikament/Heilmittel inkl. Mengenbedarf (monatlich):

Es handelt sich um einen längerfristigen oder dauerhaften, zumindest aber um einen regelmäßig wiederkehrenden, unabweisbaren atypischen Bedarf.

ja nein

Medikament ist nicht verschreibungspflichtig verschreibungspflichtig

Geschätzte Kosten für das benötigte Heilmittel/Medikament: _____ Euro/Monat

Unterschrift, Datum und Stempel des zuständigen Arztes

Zur Prüfung einer möglichen Kostenerstattung ist die Rechnung für das o.g. Medikament/Heilmittel vorzulegen!

Sollten Sie Bedenken haben, Ihre Erkrankung gegenüber dem Sachbearbeiter zu offenbaren, können Sie diesem die Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag übergeben. Die Unterlagen werden dann im Rahmen eines formalisierten Verfahrens dem Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit übermittelt, der eine Stellungnahme zum Mehrbedarf abgibt. In diesem Fall bitte ich außerdem die beigefügte Schweigepflichtsentbindung ausgefüllt und unterschrieben mit einzureichen. Bitte beachten Sie, dass sich bei Einschaltung des ärztlichen Dienstes die Entscheidung über den vorliegenden Antrag zeitlich stark verzögern kann.

Name, Vorname	Geb. Datum	BG-Nr.
---------------	------------	--------

Entbindung von der Schweigepflicht für den behandelnden Arzt

Erklärung

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Straße, PLZ Wohnort

befreie hiermit

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gesprächsinhalte, Gutachten, Befunde oder ähnliche Unterlagen dem Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit Waiblingen zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters