Hier klicken, um alle Formularinhalte zu löschen

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
64520 Groß-Gerau

Antrag auf Erstattung der Eigenanteile der kieferorthopädischen Behandlung (KFO)

Anspruch auf die Auszahlung der Eigenanteile hat die versicherte Person, die kieferorthopädisch behandelt wurde. Minderjährige Versicherte werden von den Sorgeberechtigten vertreten.
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern müssen grundsätzlich beide Eltern diesen Antrag unterschreiben. Wenn nur ein Elternteil unterschreibt, erklärt dieser mit seiner Unterschrift verbindlich, dass er entweder das alleinige Sorgerecht hat oder mit dem Einverständnis des anderen Elternteils handelt.

Vorname Name des/der Versicherten in KFO-Behandlung

KV-Nummer

Die Eigenanteile sollen erstattet werden an (Rechnungen bitte beifügen)

☐ mich (Patient/-in) ☐ die Mutter ☐ den Vater ☐ eine andere Person

Name, Vorname

KV-Nummer

Anschrift

Telefon tagsüber

IBAN

BIC (nur bei ausländischen Banken)

Name des Kreditinstituts

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind.

Datum, Unterschrift Leistungsempfänger/-in (Patient/-in)
oder Sorgeberechtigte/-r (bei minderjährigen Versicherten)

Datum, Unterschrift weiterer Elternteil

Datenschutzhinweis: Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten, um Ihre jetzt beantragte Erstattung und zukünftige Erstattungen zu überweisen. Hierfür ist Ihre Mitwirkung erforderlich (§ 60 SGB I). Andernfalls können wir die Erstattung nicht auszahlen. Die gesetzliche Grundlage für die Datenverarbeitung ist § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Unter aok.de/hessen/datenschutzrechte finden Sie allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten.

Impressum: Eine Information Ihrer AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen,
Körperschaft des öffentlichen Rechts, Basler Str. 2, 61352 Bad Homburg
Gestaltung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Stand: September 2024