

Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beihilfeumlagekasse
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!

Antragsformulare unter: www.kvsa-magdeburg.de

1. Ergänzende Angaben zur/zum Beihilfeberechtigten

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort/Ortsteil

2. Angaben zur therapierten Person

Bei folgender Person wird eine schwerwiegende Erkrankung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln therapiert.

☐ der/die Beihilfeberechtigte

☐ ein/e berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r

Name, Vorname ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

3. Ärztliche Stellungnahme

Die therapierte Person benötigt folgenden Standardwirkstoff	zur Behandlung von/bei (Diagnose)	Nummer*	im Einsatz aufgrund derselben Diagnose seit (TT MM JJJJ)

*Bitte die genaue Nummer des Standardwirkstoffes aus der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA angeben (z. B. 15).

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

X

Ort, Datum

X

Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes