

**Antrag auf Eröffnung einer Akte
„Schwere/kostspielige Krankheit“
z.H. des ärztlichen Beraters von Solimut / CKK-Assura**



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Vom Versicherten auszufüllen

Raum für Krankenkassenaufkleber
des Patienten

Telefon oder Handy:

E-Mail-Adresse:

Andere Kontaktperson:

Nummer des Kontos, auf das der Kostenzuschuss zu überweisen ist:

IBAN-Nummer: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

BIC-Nummer (Swift-Kode): □□□□□□□□□□

Inhaber des Kontos: _____

Wenn keine Kontonummer angegeben wird, wird der Erstattungsbetrag auf das uns bekannte Konto überwiesen.

Ich erkläre hiermit, dass diese Krankheit mit erheblichen Kosten verbunden ist, die nicht von anderen Einrichtungen übernommen werden (Versicherungen, belgische oder ausländische Gesetzgebungen, Sozialfonds, ...).

Für die Krankheitsbilder 27 oder 28 (s. Liste auf der Rückseite) lege ich eine Schätzung der Kosten bei, die mir in Rechnung gestellt werden (bitte entsprechenden Vordruck verwenden).

Ich erlaube dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT bzw. der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura, diese Informationen zur Bearbeitung meiner Akte zu verwenden.

Ich bitte meine Krankenkasse, mit mir Rücksprache zu nehmen, um meine gesamten sozialen Rechte zu prüfen und mich über die Leistungen zu informieren, die mir in meiner Lage zustehen. Zu diesem Zweck erlaube ich SOLIMUT / der CKK-Assura, meiner Krankenkasse alle erforderlichen medizinischen und administrativen Informationen zu übermitteln. Ja Nein.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Diese persönlichen Daten werden vom Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT bzw. der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura zwecks Verwaltung der Dienstleistungen und Vorteile zugunsten seiner/ihrer Mitglieder verwendet. Sie haben das Recht auf Einsicht und Korrektur der Daten, die unter Ihrem Namen gespeichert werden. Hierzu ist ein Antrag an Solimut, Chaussée de Haecht 579, BK 40, 1031 Brüssel zu richten.

Vom Arzt auszufüllen (Hausarzt oder Facharzt)

Mein(e) Patient(in), _____, war vom _____ bis zum _____ in folgendem Krankenhaus: _____

in Zusammenhang mit folgendem Krankheitsbild (Rubrik-Nr. ^(*)) und Diagnose im vollständigen Wortlaut).

Wenn für das betreffende Krankheitsbild zusätzliche Kriterien zur Diagnose auf der rückseitigen Liste stehen, sind die Angaben, die zusätzlich zur Diagnose erforderlich sind, hier unten aufzuführen bzw. durch einen Arztbericht zu ersetzen, aus dem diese Informationen hervorgehen.

Für die Rubriken 27 und 28 ^(*) lege ich die ärztlichen Berichte als Beleg bei.

^(*) Siehe Liste der Krankheitsbilder und Kriterien auf der Rückseite

Datum: _____

Stempel des Arztes

Unterschrift des Arztes: _____

	Schwere und kostspielige Krankheiten	Arztbericht erforderlich
1	Zerebrale Apoplexie oder zerebraler Insult und erhebliche motorische Behinderung (<i>Schlaganfall, Thrombose, ...</i>)	X
2	Medulläre Aplasie (<i>Knochenmarkaplasie</i>)	
3	(Koronare oder periphere) chronische und fortschreitende obliterierende Arteriopathie (<i>Gefäßverschluss, Gefäßverstopfung</i>)	X
4	Dekompensierte Leberzirrhose	
5	Schweres primäres Immundefizit, das eine langfristige Behandlung erfordert und schweres sekundäres (erworbenes) Immundefizit (<i>AIDS</i>)	
6	Insulinabhängiger Diabetes oder nicht insulinabhängiger Diabetes, der nicht allein durch eine Diät ausgeglichen werden kann	
7	Epilepsie und Arzneimittelresistenz bei Krisen	X
8	Schwere neuromuskuläre Erkrankung (<i>darunter Myopathie</i>) mit erheblicher motorischer Behinderung	X
9	Homozygote Hämoglobinopathie	
10	Hämophilie	
11	Schwere Herzinsuffizienz (<i>Herzschwäche</i>), NYHA-Klassifikation, Stadium III	
12	Niereninsuffizienz mit GFR < 45 nach zweimaliger Blut oder Proteinurie-Analyse > 1 g/T zwei Mal nach Urinprobe	X
13	Schwere chronische Ateminsuffizienz (<i>schwere chronische Bronchitis</i>) bei expiratorischer Atemstromstärke (MEF) < oder = 30 %	X
14	Parkinsonsche Krankheit	
15	Erbliche Stoffwechselerkrankung, die eine langfristige fachärztliche Behandlung erfordert	
16	Mukoviszidose	
17	Paraplegie	
18	Periarteritis nodosa, akuter (Lupus) verbreiteter Erythematodes, fortschreitende allgemeine Sklerodermie	
19	Schwere fortschreitende rheumatoide Polyarthritis mit HAQ > 0,5 (Health Assessment Questionnaire) oder systemische Erscheinungen bzw. DAS28 >= 3,7	X
20	Psychose, schwere Persönlichkeitsstörung, geistige Zurückgebliebenheit: Krankheit dauert länger als ein Jahr mit erheblichen funktionellen Auswirkungen im Alltag	x
21	hämorrhagische Rektokolitis und fortschreitende Crohn'sche Krankheit bei jedem fortschreitenden Schub bzw. einem Schub, der eine tiefgreifende Behandlung erforderlich macht	
22	Invalidierende multiple Sklerose, eine tiefgreifende Behandlung erforderlich bzw. ständige Behinderung hervorrufend	X
23	Schwere Spondylarthritis ankylosans mit BASDAI > 4 trotz maximaler NSAID-Therapie oder systemischer Erscheinungen	X
24	Zustand nach Organtransplantation	
25	Tuberculosis activa	
26	Maligner Tumor, maligne Erkrankung des Lymphgewebes oder hämatopoetischen Gewebes (<i>Krebs</i>)	

Nicht aufgelistete Krankheiten

27	Nicht aufgelistete schwere Krankheiten, die eine langfristige Behandlung erfordern, deren voraussichtliche Dauer mehr als sechs Monate beträgt, und die mit besonders hohen Kosten verbunden sind.	<p><u>Kostspielige Leistungen:</u></p> <p>Sämtliche Kosten, die der Patient selbst zu tragen hat (gesetzliche Eigenanteile und nicht erstattbare Kosten) werden über einen Zeitraum von sechs Monaten berücksichtigt</p> <p>Der Patient muss das zu diesem Zweck vorgesehene Formular beifügen, um die Kosten ausführlich aufzulisten.</p>
28	Mehrfacherkrankungen: mehrere Krankheiten mit eigenen Merkmalen, die ein Gesamtkrankheitsbild ergeben, das kostspielige Behandlungen erfordert, deren voraussichtliche Dauer mehr als sechs Monate beträgt.	