

Name	
Vorname	
geboren am	
Straße	
PLZ Ort	
Telefon	

Abrechnung von Teilnahmegebühren

(zur Vorlage bei der Krankenkasse)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich leide unter Bluthochdruck. Um eine optimale Blutdruckeinstellung zu erzielen, habe ich an der *Modularen Bluthochdruckschulung IPM[®]* teilgenommen.

Im SGB 5 § 43 Abs. 2 wird „die wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahme für chronisch kranke Patienten“ als ergänzende Leistung der Krankenkasse spezifiziert. Um eine solche Maßnahme handelt es sich bei der *Modularen Bluthochdruckschulung IPM[®]*.

Ich bitte um Übernahme der Teilnahmegebühren durch die Krankenkasse.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift Patientin / Patient)

Bestätigung

Die Patientin / Der Patient nahm an folgenden Modulen teil:

_____ (Datum)	_____ (Datum)	_____ (Datum)	_____ (Datum)	_____ (Datum)
Modul: _____	Modul: _____	Modul: _____	Modul: _____	Modul: _____
_____ (Unterschrift Arzt)	_____ (Unterschrift Arzt)	_____ (Unterschrift Arzt)	_____ (Unterschrift Arzt)	_____ (Unterschrift Arzt)

(Stempel Arztpraxis)