



Aktenzeichen:

Wahlentscheidung des Versicherten	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Wahlentscheidung	
<p>Auf die Besonderheiten der Kostenerstattung bin ich hingewiesen worden. Mir ist bekannt, dass die Wahlentscheidung für meine Familienangehörigen ggf. jeweils gesondert schriftlich gegenüber der Landwirtschaftlichen Krankenkasse zu erklären ist.</p> <p>Die Landwirtschaftliche Krankenkasse hat mich darüber in Kenntnis gesetzt, dass mich der jeweilige Leistungsanbieter (z. B. der behandelnde Arzt) vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren hat, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von mir zu tragen sind.</p> <p>Ich wähle nach Kenntnisnahme des oben angeführten Hinweises die Kostenerstattung für folgende Bereiche:</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante ärztliche Versorgung (einschließlich ambulanter Operationen im Krankenhaus)</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante zahnärztliche Versorgung (einschließlich kieferorthopädischer Behandlung)</p> <p><input type="checkbox"/> stationärer Bereich</p> <p><input type="checkbox"/> veranlasste Leistungen (hierzu gehören sämtliche vom behandelnden Arzt verordnete Leistungen wie z.B. Arznei,- Heil- und Hilfsmittel)</p> <p>für die Zeit ab _____ Tag, Monat, Jahr</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich an diese Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden bin.</p>	
C. Unterschrift	
_____	_____
Datum	Unterschrift