

Zurück an:

novitas bkk  
Abteilung Hilfsmittel  
47050 Duisburge

Telefon: 0800 200 2550  
E-Mail: hilfsmittel@novitas-bkk.de

## Antrag und Erklärung zur Hilfsmittelversorgung durch einen Vertragspartner der novitas bkk für

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenversichertennummer

\_\_\_\_\_  
Versorgung mit (Bezeichnung des/der Hilfsmittel/s)

Ich beantrage hiermit die Kostenübernahme der o.g. Hilfsmittel und bitte die novitas bkk die Versorgung über einen ihrer Vertragspartner umgehend in die Wege zu leiten. Die medizinische Verordnung bzw. das ärztliche Attest/Rezept

füge ich bei

reiche ich nach

Mit der Weitergabe der hierfür notwendigen Daten an den Vertragspartner bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen tagsüber

\_\_\_\_\_  
Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der novitas bkk erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter [novitas-bkk.de/datenschutz](http://novitas-bkk.de/datenschutz).