

alle Felder für interne Vermerke der Barmenia

## Leistungsauftrag

Barmenia Krankenversicherung a. G.  
Postfach 10 04 40  
42004 Wuppertal

Barmenia  
Krankenversicherung a. G.

Versicherungsnummer:

Bitte stets angeben!

Bitte nutzen Sie die nebenstehende Adresse auch für Ihre sonstigen Zuschriften in Leistungsangelegenheiten.

Mit jeder Abrechnung erhalten Sie einen neuen Leistungsauftrag.

Name	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Tel. privat	Tel. dienstlich
Fax-Nr. privat	E-Mail-Adresse privat

Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom gespeicherten Konto:

Konto	BLZ
IBAN	
BIC	
Inhaber	

Sie helfen uns, wenn Sie die Belege in der von Ihnen eingetragenen Reihenfolge sortieren und sie nicht aufkleben. Vielen Dank!

Vorname:				
Kostenart	EUR	EUR	EUR	EUR
<b>ambulant</b> Arztrechnungen; Arznei-, Ver- bandmittel; Heil- mittel (z. B. Bäder, Massagen); Hilfsmittel (z. B. Brillen)				
<b>stationär</b> Krankenhaus-/ Arztrechnungen, Transportkosten				
<b>Zahn</b> (inkl. Kiefer- orthopädie)				
<b>Sonstiges</b>				
<b>Summe</b>				

Bevor Sie Kostenbelege einreichen, lesen Sie bitte die Hinweise.

**Bei Belegen aus dem Ausland:**  
Bitte geben Sie den genauen Zeitraum Ihres Auslandsaufenthaltes an:

Datum von bis

Verfügen Sie

- über eine anderweitige Auslandsreise-Krankenversicherung oder
- über einen anderen Versicherungsschutz im Ausland (z. B. über den ADAC, Ihre Kreditkarte oder die Mitgliedschaft in einem Rettungsdienst)?

nein  ja, dann nennen Sie bitte nachfolgend den Namen der Gesellschaft sowie Ihre Versicherungs- bzw. Mitgliedsnummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gesamtsumme der Belege:

**Hausarzt** (siehe Hinweise im Kommentarfeld HAUSARZT)

Unverändert/ wie mitgeteilt	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen
Name/ Fachrichtung				
PLZ/ Wohnort				

Ort/Datum

Unterschrift