



kulturweit



Kostenerstattung für ärztlich angeratene arbeitsmedizinische Vorsorgemaßnahmen

Ich habe im Rahmen der Vorbereitung auf meine Teilnahme am Freiwilligendienst kulturweit an einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeberatung teilgenommen. In diesem Rahmen sind folgende Kosten entstanden:

Einzelaufstellung der Kosten:

lfd. Nr.	Rechnung für Beratung, ggf. Untersuchung/ Impfung/ arbeitsmed. Maßnahme	Gesamtkosten in EUR	Ggf. Erstattung durch Krankenkasse (erstatteter Betrag in € bzw. in %)	Offener Betrag / Differenz
1	Rechnung Dr. Mustermann	xx,xx €	xx,xx €	xx,xx €
2				

(bei Bedarf bitte in separater Tabelle ergänzen)

Im Folgenden bestätige ich,

- o dass ich im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge hinreichend beraten wurde und mir die darin erfolgten reisemedizinischen Hinweise sowie die des Auswärtigen Amtes betreffend meines Einsatzlandes (sowie des Landes des Zwischenseminars, falls davon abweichend) bekannt sind;
- o dass Kosten für Impfungen auf dem Impfangebot der Ärztin*des Arztes im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeberatung basieren, weil das Risiko einer Infektion tätigkeitsbedingt und im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung erhöht ist und bei mir derzeit kein ausreichender Immunschutz besteht (bzgl. einer sonstigen Empfehlung zu einer arbeitsmedizinischen Maßnahme/Untersuchung gilt entsprechendes.);
- o dass meine Krankenversicherung die entstandenen Kosten nicht oder nur anteilig übernimmt, für den Fall, dass ich die entstandenen Kosten für die in der arbeitsmedizinischen Vorsorgeberatung ärztlich angeratenen sowie in Anspruch genommenen Impfungen (und/oder arbeitsmedizinischen Maßnahmen/Untersuchungen) bei meiner Krankenkasse eingereicht habe;
- o dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Bei den Kosten handelt es sich ausschließlich um Kosten, die aus der Vorsorgeberatung (und/oder Impfungen/arbeitsmedizinischen Maßnahmen/Untersuchungen) resultieren.

Ich bitte um die Erstattung von _____ EUR. Die Originalbelege sind beigelegt.

Name, Vorname der*des Freiwilligen (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift