

Antrag auf Befreiung von der Rezeptgebühr

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus!

Versicherte/r: Vers.-Nummer: Geb.Datum:.....

Adresse: PLZ/Wohnort

Telefon tagsüber:.....

Familienstand:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verheiratet, aber getrennt lebend | <input type="checkbox"/> verwitwet |

Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pension/Rente/Unfallrente/ausländische Rente | <input type="checkbox"/> Krankengeld |
| <input type="checkbox"/> Gehalt/Lohn | <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld |
| <input type="checkbox"/> Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung | <input type="checkbox"/> Freier Dienstvertrag/Werkvertrag |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Einnahmen (Vermietung, Verpachtung,...) | |

Bitte aktuelle Lohnbestätigung, Pensionsbescheid, sonstige Nachweise beilegen. Euro.....

Einkommen aus selbständiger Tätigkeit: (Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beilegen) Euro.....

Unterhaltsleistung

- Erhalten Sie Unterhalt?
 (bei geschiedener Ehe bzw. bei getrennt lebenden Ehepartnern) ja nein Euro.....
- Besteht Anspruch auf Alimente für Kinder? ja nein Euro.....

Legen Sie bitte den Gerichtsbeschluss und die Vergleichsausfertigung bei.

Weitere Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben

Familienname, Vorname	Geburtsdatum und Vers.-Nummer	Art der Verwandtschaft	monatliches Nettoeinkommen	Art des Einkommens

Regelmäßige monatliche krankheitsbedingte Ausgaben

für Medikamente: Euro.....

für sonstige Krankenbehandlung: Euro.....

Ich erkläre, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet bin, jede Änderung in den angeführten Punkten unverzüglich der SGK zu melden.

Ort/Datum Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Ärztliche Bestätigung

Krankheiten, die zu einem erhöhten Medikamentenaufwand führen:

Art und Anzahl der monatlich benötigten Medikamente:

Ist aufgrund der Krankheit eine Diät nötig? Wenn ja, welche?

Ort/Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin.....

Wird nur von der Salzburger Gebietskrankenkasse ausgefüllt:

Vertrauensärztliche Stellungnahme:

.....
.....

		Einkommensart	
Richtsatz alleinstehend	Euro.....	.....	Euro.....
Ehepaar	Euro.....	.....	Euro.....
für ... Kinder	Euro.....	.....	Euro.....
(§293/1) Gesamtrichtsatz:	Euro.....	.....	Euro.....
daher Einkommensvergleich	Euro.....	.....	Euro.....
		Gesamt	Euro.....

Befreiung von.....bis.....

Ablehnung:

Erledigung: persönlich schriftlich

Ort/Datum Unterschrift Mitarbeiter/in.....