

alle Felder für interne Vermerke der Barmenia

# Leistungsauftrag

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. Sie finden dieses Druckstück auch im Internet unter [www.barmenia.de/Leistungsauftrag](http://www.barmenia.de/Leistungsauftrag).

Haben Sie Adress- oder Kontoänderungen? Teilen Sie uns diese bitte über [barmenia.de/Service/Krankenversicherung/Online-Formulare](http://barmenia.de/Service/Krankenversicherung/Online-Formulare) mit.

Name

Straße

PLZ / Wohnort

Tel. privat                      Tel. dienstlich

Fax-Nr. privat                      E-Mail-Adresse privat

IBAN

BIC

Bitte ankreuzen, wenn Sie einen Hinweis zu diesem Leistungsauftrag haben.

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

Vorname:

Kostenart	EUR	EUR	EUR	EUR
<b>ambulant</b> Arztrechnungen; Arznei-, Verbandmittel; Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen) Hilfsmittel (z. B. Brillen)				
<b>stationär</b> Krankenhaus-/Arztrechnungen, Transportkosten				
<b>Zahn</b> (inkl. Kieferorthopädie)				
<b>Sonstiges</b>				
<b>Summe</b>				

**Gesamtsumme der Belege:**

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

Bitte ankreuzen, wenn Sie **Belege aus dem Ausland** einreichen. Bitte geben Sie den genauen Zeitraum Ihres Auslandsaufenthaltes an:

Datum von bis

Verfügen Sie

- über eine anderweitige Auslandsreisekrankenversicherung 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:

Ort / Datum

Unterschrift