

Ausgefüllt zurück an:

 Unfallkasse Sachsen-Anhalt
 Käuperstraße 31
 39261 Zerbst/Anhalt

 AZ
 Name
 Vorname

Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen in COVID-19-Erkrankungsfällen

Bitte nutzen Sie dieses Formular für die Beantragung von Zuzahlungen zu Medikamenten bzw. Therapien (Krankengymnastik/Physiotherapie...), die Ihnen vor Anerkennung eines Arbeitsunfalles/Berufskrankheit wegen der COVID-19-Erkrankung verordnet wurden. Bitte fügen Sie die Rechnungen und Zahlungsbelege in Kopie **nummeriert** bei. Lassen Sie die Ärzte und Ärztinnen bestätigen, dass die Medikamente bzw. Therapien wegen der COVID-19 Erkrankung erforderlich waren. Ohne Einreichung von Belegen mit der entsprechenden Bestätigung ist eine Erstattung nicht möglich.

BelegNr.	RG/Beleg vom	Name des Präparates/Art der Therapie	Betrag in €	Bestätigung der Ärztin/des Arztes Das verordnete Medikament/die verordnete Therapiemaßnahme war wegen der COVID-Erkrankung erforderlich	Stempel/Unterschrift des Arztes
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Falls Sie weitere Kosten geltend machen wollen, nehmen Sie bitte keine Ergänzungen vor, sondern verwenden Sie ein neues Antragsformular, welches Sie auf der Internetseite der UK ST (www.ukst.de) unter Service/Formulare & Merkblätter herunterladen können.

Meine Bankverbindung:

IBAN									
Land/Prüfziffer	BLZ (8-stellig)				Kontonummer (10-stellig)				

BIC									
(11-stellig)									

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten