

Landkreis Oldenburg  
Amt für Teilhabe und Soziale Sicherung  
Delmenhorster Str. 6  
27793 Wildeshausen

### Zuzahlung nach dem Gesundheitsreformgesetz

- Ja**, ich wünsche die darlehensweise Übernahme der Zuzahlungsbeträge nach dem Gesundheitsreformgesetz **ab 2024** und bin mit der monatlichen Einbehaltung vom Barbetrag einverstanden.
- Nein**, ich wünsche nicht die darlehensweise Übernahme der Zuzahlungsbeträge aus Sozialhilfemitteln.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimanschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Vers.-Nummer: \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_