

Antrag auf Kostenübernahme dauerhafte Bartepilation

[Ort], den [Datum]

Absender:in

[Vorname Nachname]

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

[E-Mail-Adresse]

[Telefonnummer] ← optional

[Versichertennummer / Aktenzeichen] ← je nach Empfänger

Empfänger:in

[Name der Krankenkasse]

Abteilung Leistungsanträge

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

Betreff: Antrag auf Kostenübernahme für dauerhafte Bartepilation bei Geschlechtsinkongruenz (ICD-11 HA60) – Versichertennr.: [Nummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich leide an Geschlechtsinkongruenz (ICD-11: HA60) und befinde mich seit [Datum] in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung. Im Rahmen der medizinisch indizierten Behandlung ist eine dauerhafte Bartepilation medizinisch notwendig.

Medizinische Begründung

Der Bartwuchs stellt eine erhebliche Beeinträchtigung meiner psychischen Gesundheit dar und verstärkt die Symptomatik der Geschlechtsinkongruenz. Eine dauerhafte Epilation ist zur Behandlung medizinisch erforderlich und entspricht dem Stand der medizinischen Wissenschaft (S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“).

Behandlungsdetails

[Geplante Behandlungsmethode] ← z. B. Lasertherapie / Nadelentfernung (IPL)

[Behandelnde Praxis / Institut]

[Geschätzte Behandlungssitzungen und Kosten]

Ich bitte Sie, die Kosten für die dauerhafte Bartepilation zu übernehmen. Bitte teilen Sie mir Ihre

Entscheidung innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V mit (fünf Wochen bei MDK-Beteiligung).



Hinweis: Bei Ablehnung besteht Widerspruchsrecht innerhalb eines Monats (§ 84 SGG). Einreichung per Einschreiben mit Rückschein empfohlen.

Anlagen:

- Ärztliche Bescheinigung / Attest (Diagnose Geschlechtsinkongruenz ICD-11 HA60)
- Kostenvoranschlag der Behandlungspraxis
- Ggf. Überweisungsschein

Mit freundlichen Grüßen,

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

[Datum]