

Antrag auf Kostenerstattung einer Behandlung im Ausland

Name, Vorname des Versicherten: _____ Geb.-Datum: _____

Name, Vorname des Angehörigen: _____ Geb.-Datum: _____

Urlaub in: _____

Erkrankung (Diagnose): _____

Es besteht eine private Auslandsversicherung: ja, bei _____ nein

Es kann eine Erstattung nach deutschen Sätzen erfolgen: ja nein

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Bitte geben Sie in der folgenden Übersicht möglichst ausführlich Ihre Behandlungsdaten an:

Folgende Leistungen wurden in Anspruch genommen	Vom Versicherten auszufüllen
<u>1. Ärztliche Behandlung</u>	
Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung durchgeführt wurde, bei der auch kleinere Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. Blutentnahme, Anlegen eines kleinen Verbandes oder die Verabreichung einer Spritze notwendig waren)	Behandlungstag/tage: Uhrzeit:
Besuch des Arztes in der Urlaubsunterkunft (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Sie der Arzt in Ihrem Hotel aufgesucht hat.)	Behandlungstag/tage: Uhrzeit:
Eingehende vollständige körperliche Untersuchung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn über die allgemeine Untersuchung und Beratung hinaus ein Befund über den körperlichen Gesamtzustand des Patienten erhoben wurde)	
Anlegen eines fixierenden Verbandes (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Ihnen ein unelastischer Verband - wie z.B. ein Gipsverband oder ein harter Kunststoffverband angelegt wurde. Bitte geben Sie die genaue Körperregion - z.B. Hand-, Knie- oder Fußgelenken.)	
Blutentnahmen	
Laboruntersuchung	
Injektionen	
Infusionen	Dauer:
Wundversorgung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine Wunde genäht oder geklammert werden musste. Geben Sie bitte an, falls ein Fremdkörper aus der Wunde zu entfernen war)	
Röntgenaufnahmen (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an - z.B. re. Oberarm, ll. Hand, re. Fußgelenk)	
Sonstige ärztliche Leistungen (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn weitere ärztliche Leistungen, wie z.B. Ultraschall oder EKG erforderlich waren. Geben Sie bitte an, um welche Leistung es sich gehandelt hat.)	
<u>Rechnungsbetrag (Bitte fügen Sie die Originalrechnung und -quittung bei)</u>	

Blatt 2 zum Antrag auf Kostenerstattung einer Behandlung im Ausland

<u>2. Zahnärztliche Behandlung</u>	
Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erforderlich war)	Behandlungstag/tage: Uhrzeit:
Röntgen (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn zur Diagnostik der Zahnerkrankung eine Röntgenaufnahme des Gebisses erforderlich war)	
Füllung (Sollte eine Füllung für mehrere Zähne erforderlich gewesen sein, geben Sie bitte die Anzahl der Zähne an)	Provisorisch Füllung: Endgültige Füllung:
Zahn ziehen (Sollten mehrere Zähne gezogen worden sein, geben Sie bitte die Anzahl der Zähne an)	
Medizinische Behandlung von Schleimhauterkrankungen	
Sonstige zahnärztliche Leistungen	
<u>Rechnungsbetrag (Bitte fügen Sie die Originalrechnung und -quittung bei)</u>	Rechnungsbetrag:

<u>3. Arznei-, Verband- und Heilmittel</u> (Bitte die Verordnungen, die Originalrechnungen und -quittungen sowie bei Arzneimitteln den Beipackzettel beifügen)	
Name des Arznei-, Verband- o. Heilmittel:	
Rechnungsbetrag:	
Name des Arznei-, Verband- o. Heilmittel:	
Rechnungsbetrag:	
Name des Arznei-, Verband- o. Heilmittel:	
Rechnungsbetrag:	

<u>4. Krankenhausbehandlung</u>	
Zeitraum:	Von: Bis:
Untersuchungen:	
<u>Rechnungsbetrag (Bitte fügen Sie die Originalrechnung und –quittung sowie Befundberichte, wenn vorhanden, bei)</u>	

Blatt 3 zum Antrag auf Kostenerstattung einer Behandlung im Ausland

<u>5. Rettungsfahrten / Transport- und Fahrkosten</u>	
Datum und Uhrzeit:	
Fahrt von:	
Fahrt nach/zu:	
Transportmittel:	
Grund:	
<u>Rechnungsbetrag (Bitte fügen Sie die Originalrechnung und – quittung bei)</u>	

Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

Bankleitzahl:		Konto-Nr.:	
Name der Bank/Sparkasse:			

Datum: _____ Unterschrift: _____