

# ANTRAG

## AUF ERSTATTUNG IM AUSLAND ENTSTANDENER BEHANDLUNGSKOSTEN



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>1. ANGABEN ZUR PERSON</b>		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	

<b>2. REISE</b>		
Reiseland:		
Dauer des Aufenthalts	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>

<b>3. FRAGEN ZUR BEHANDLUNG</b>			
Bitte Rechnungen, Verordnungen sowie bei Arzneimitteln Beipackzettel beifügen!			
Die Kosten (in Euro) wurden entrichtet für:			
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung, stationär	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung, ambulant	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ärztliche Behandlung	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> zahnärztliche Behandlung	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Arznei-/Verband-/Heilmittel	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fahr-/Transportkosten, <b>keine</b> Taxikosten	vom: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Betrag: <input type="text"/>
Die ambulante Behandlung ist durchgeführt worden:			
<input type="checkbox"/> in der Praxis/Hotelpraxis	am: <input type="text"/>	Uhrzeit: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	am: <input type="text"/>	Uhrzeit: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Hausbesuch	am: <input type="text"/>	Uhrzeit: <input type="text"/>	

### Datenschutzhinweis

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>ANGABEN ZUR PERSON</b>		Bitte vollständig ausfüllen!
Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:	


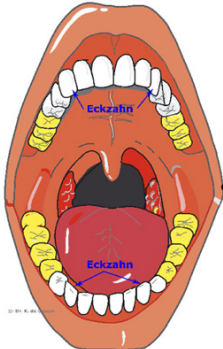
<b>4. FRAGEN ZUR ERKRANKUNG</b>
<b>Krankheitsbezeichnung:</b>
<b>Begleiterkrankungen:</b> Bitte unbedingt angeben! Genaue Angaben erleichtern die Berechnung des Zuschusses.
Es sind folgende Einzelleistungen (Beratung, Untersuchung, Verband usw.) während der Behandlung erbracht worden:



Eine private Auslandsreise-Krankenversicherung wurde abgeschlossen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie die EHIC (Europäische Auslandskrankenversicherungskarte – auf der Rückseite Ihrer eGK) bzw. einen Auslandskrankenschein beim Behandler vorgelegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, wurde die EHIC bzw. der Auslandskrankenschein angenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Handelt es sich um einen Unfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Bitte kurze Schilderung des Vorfalls:

<b>5. KONTODATEN</b>	Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:
Name der Bank:	
IBAN: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	BIC: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten
Ich erkläre mich mit der Abrechnung nach deutschen Kassensätzen einverstanden.	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>ANGABEN ZUR PERSON</b>		 Bitte vollständig ausfüllen!
Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:	

<b>1. BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGE ZÄHNE</b>	 Bitte markieren!
	

<b>2. ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN</b>		
 vom <b>Versicherten</b> auszufüllen!		
<b>Folgende zahnärztliche Leistungen wurden in Anspruch genommen<sup>1</sup></b>	<b>Anzahl</b>	<b>Behandlungstag</b>
Untersuchung und Beratung		
Untersuchung und Beratung zwischen 20:00 und 08:00 Uhr oder an Wochenenden		
Röntgen Einzelaufnahme		
Röntgen Übersichtsaufnahme beider Kiefer		
Füllungen		
Entfernen eines Zahnes		
Betäubung		
Behandlung von Schleimhauterkrankungen		
Sonstige zahnärztliche Leistungen		
Wurzelbehandlung		
 Bitte Rechnung beifügen!		

<sup>1</sup> Die Leistungen werden nach Inlandssätzen max. bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten erstattet. Wir sind verpflichtet, die nach dem SGB V geltenden Festbeträge und Eigenbeteiligungen zu berücksichtigen.