

ANTRAG

AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND
ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN



ANGABEN ZUR PERSON

MITGLIED	
Name, Vorname:	Telefon (tagsüber):
Geburtsdatum:	Versichertennummer:
PLZ/Wohnort:	Straße/Hausnummer:
Reiseland (unbedingt angeben):	Dauer des Aufenthalts vom _____ bis _____

DIE KOSTEN WURDEN ENTRICHTET FÜR

- Krankenhausbehandlung stationär vom _____ bis _____ Betrag _____
- Krankenhausbehandlung ambulant vom _____ bis _____ Betrag _____
- ärztliche Behandlung vom _____ bis _____ Betrag _____
- zahnärztliche Behandlung vom _____ bis _____ Betrag _____
- Arznei-/Verband-/Heilmittel vom _____ bis _____ Betrag _____
- Fahr-/Transportkosten, keine Taxikosten Betrag _____

Bitte Rechnungsbelege, Verordnungen sowie bei Arzneimitteln den Beipackzettel im Original beifügen!

DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IST DURCHGEFÜHRT WORDEN

- in der Praxis/Hotelpraxis am _____ Uhrzeit _____
- während der Sprechstunde am _____ Uhrzeit _____
- im Krankenhaus am _____ Uhrzeit _____
- Hausbesuch am _____ Uhrzeit _____

KRANKHEITSBEZEICHNUNG (bitte unbedingt angeben!)

BEGLEITERKRANKUNGEN (bitte unbedingt angeben!)

Es sind folgende Einzelleistungen (Beratung, Untersuchung, Verband usw.) während der Behandlung erbracht worden (genaue Angaben erleichtern die Berechnung des Zuschusses)

ANTRAG

AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND
ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN



EINE PRIVATE AUSLANDREISE-KRANKENVERSICHERUNG WURDE ABGESCHLOSSEN?

ja nein

**HABEN SIE DIE EHIC (EUROPÄISCHE AUSLANDSKRANKENVERSICHERUNGSKARTE)
BZW. EINEN AUSLANDSKRANKENSCHHEIN BEIM BEHANDLER VORGELEGT?**

ja nein

WENN JA, WURDE DIE EHIC BZW. DER AUSLANDSKRANKENSCHHEIN ANGENOMMEN?

ja nein

HANDELT ES SICH UM EINEN UNFALL?

nein wenn ja, bitte kurze Schilderung des Vorfalls.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Hiermit erkläre ich mich mit der Abrechnung nach deutschen Kassensätzen einverstanden.

Datum

Unterschrift des Versicherten

ANTRAG

AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND
ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN

ANGABEN ZUR PERSON

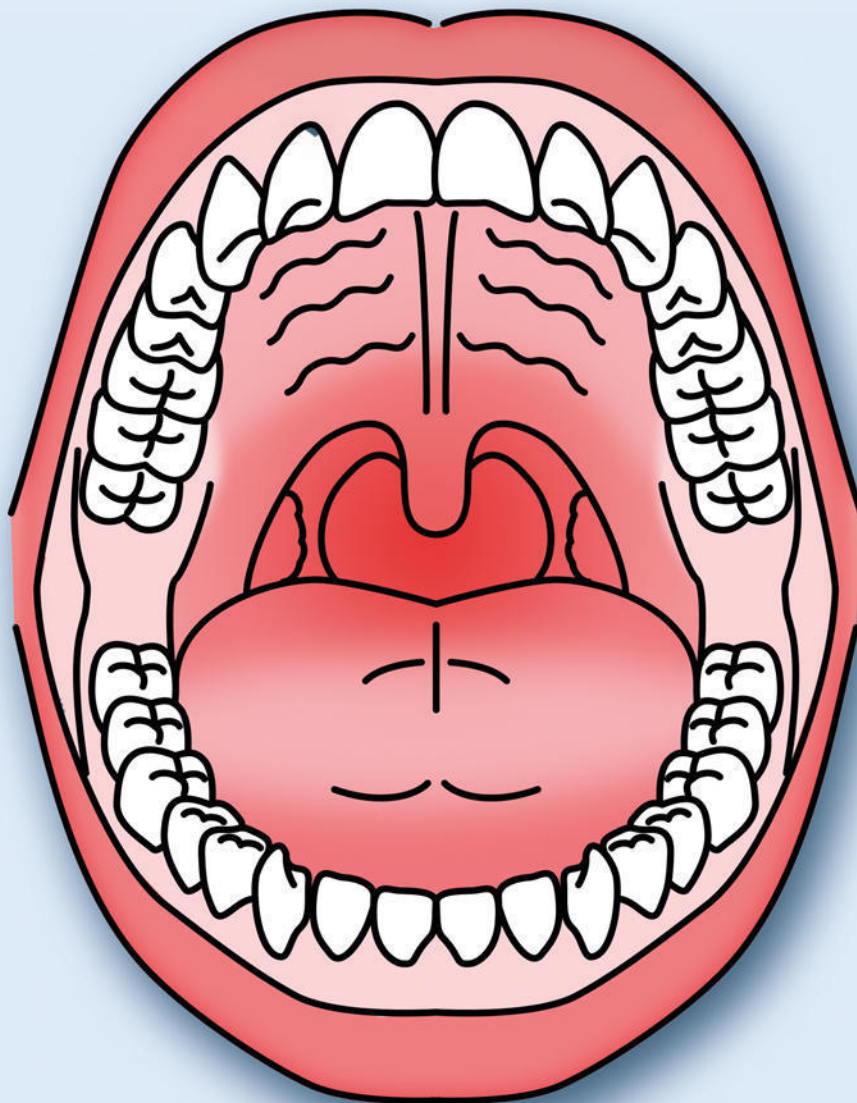
MITGLIED

Name, Vorname:

Versichertennummer:

BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGE ZÄHNE

(bitte markieren!)



ANTRAG

AUF ERSTATTUNG DER IM AUSLAND ENTSTANDENEN BEHANDLUNGSKOSTEN



Folgende zahnärztliche Leistungen wurden in Anspruch genommen ¹	vom Versicherten auszufüllen		von der BKK VDN auszufüllen	
	Anzahl	Behandlungstag	BEMA-Z-Nr.	Bewertungszahl
Untersuchung und Beratung			01	18
Untersuchung und Beratung zwischen 20:00 und 8:00 Uhr oder an Wochenenden			03	15
Röntgen			Ä 925a	12
			Ä 935d	36
Füllungen			13a	3e
			13b	39
			13c	49
			13d	58
Entfernen eines Zahnes			43	10
			44	15
Betäubung			40	8
			41a	12
Behandlung von Schleimhauterkrankungen			105	8
			10	6
Sonstige zahnärztliche Leistungen:			Ä 161	15
Wurzelbehandlung			28	18
			31	11
			32	29
			34	15
			35	17
Rechnungsbetrag: (bitte Originalrechnung beifügen)			Gesamt:	

¹ 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.