

Bitte zurück an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen

Antrag auf Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten

Name:

Vorname:

KV-Nr.

Urlaubsland (unbedingt angeben)

Dauer des Aufenthaltes

_____ vom _____ bis _____

Facharztrichtung

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-/Heilmittel		Betrag	_____
☐ Fahr-/Transportkosten, keine Taxikosten		Betrag	_____

Die ambulante Behandlung ist durchgeführt worden

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

Art der Erkrankung (Diagnose/n), bitte unbedingt angeben:

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

Eine **private Auslandsreise-Krankenversicherung** wurde abgeschlossen

☐ ja, bei Barmenia ☐ ja, bei sonstiger Versicherung ☐ nein

Antrag auf Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten für

Name:

Vorname:

KV-Nr.

Folgende Leistung wurde in Anspruch genommen.

vom Versicherten
auszufüllen

von der BERGISCHEN
Krankenkasse auszufüllen

1. Ärztliche Behandlung	Behandlungsdatum	EBM-Nr.	Punktzahl
Untersuchung, Beratung (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.)			
Untersuchung und Beratung zwischen 20.00 und 8.00 Uhr oder an Wochenenden (Auszufüllen, wenn Sie den Arzt während der angegebenen Zeiten in seiner Praxis aufgesucht haben)			
Hausbesuch des Arztes (Auszufüllen, wenn Sie der Arzt in Ihrem Hotel/Ihrer Unterkunft aufgesucht hat. Geben Sie bitte auch an, ob Sie der Arzt zwischen 20.00 und 8.00 Uhr aufgesucht hat.)	☐ zwischen 20 und 8 Uhr		
Eingehende vollständige körperliche Untersuchung (Auszufüllen, wenn über die allgemeine Untersuchung und Beratung hinaus ein Befund über den körperlichen Gesamtzustand des Patienten erhoben wurde.)			
Anlegen eines Verbandes (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an, an welcher der Verband angelegt wurde – z. B. Hand-, Knie- oder Fußgelenk)			
Anlegen eines fixierenden Verbandes (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 Fußgelenk an.)			
Blutentnahmen			
Laboruntersuchung			
Injektionen			
Infusion			
Wundversorgung (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, li. Hand)			
Sonstige ärztliche Leistungen (Auszufüllen, wenn weitere ärztliche Leistungen, wie z.B. Ultraschall oder EKG erforderlich waren. Geben Sie bitte an, um welche Leistung es sich gehandelt hat.)			
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte fügen Sie die Originalrechnung bei.)			

2. Arznei-, Verband- und Heilmittel	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag/ Währung
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte Original-Rechnungsbeleg, Verordnung sowie bei Arzneimitteln den Beipackzettel beifügen.)		

Antrag auf Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten für Name: Vorname: KV-Nr.

Folgende Leistung wurde in Anspruch genommen.

vom Versicherten
auszufüllen

von der BERGISCHEN
Krankenkasse auszufüllen

3. Zahnärztliche Behandlung	Behandlungsda- tum	BEMA-Z-Nr.	Bewertungs- zahl
Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Bera- tung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erforderlich war.)			
Untersuchung und Beratung zwischen 20:00 und 8:00 Uhr oder an Wochenenden (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Sie den Arzt während der angegebenen Zeiten in seiner Praxis aufgesucht haben.)			
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.)			
Zahn ziehen (Sollten mehrere Zähne gezogen worden sein, geben Sie bitte die Anzahl der Zähne an.)			
Medizinische Behandlung von Schleimhauterkrankun- gen			
Sonstige zahnärztliche Leistungen			
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte fügen Sie die Original-Rechnung bei.)			

Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

Kreditinstitut:	Kontoinhaber:
IBAN:	BIC:

Ich habe meine Krankenversicherungskarte (EHIC) vorgelegt.
Die Karte wurde akzeptiert.

☐ ja
☐ ja

☐ nein
☐ nein

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

Tagsüber telefonisch erreichbar unter: _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die BERGISCHE meine Telefonnummer verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BERGISCHEN und ihrer Vertragspartner informieren und beraten zu können. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 - 62, 65 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann nach § 66 SGB I zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.die-bergische-kk.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Daten-schutzbeauftragten unter datenschutz@die-bergische-kk.de.