

zurück an

BKK_DürkoppAdler
Stieghorster Straße 66
33605 Bielefeld

Antrag auf Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Reiseland/ Flagge des Schiffs (unbedingt angeben):		Dauer des Aufenthalts: vom: bis:
Handelte es sich um einen beruflich bedingten Auslandsaufenthalt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eine private Auslandsversicherung wurde abgeschlossen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bei welcher Versicherung?		
Wenn ja, sind die Kosten bereits von Ihrer privaten Auslandsversicherung erstattet worden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich um einen Unfall mit Fremdverschulden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie die europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) vorgelegt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wurden die durchgeführten Leistungen darüber abgerechnet?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Kopien der eingereichten Unterlagen gewünscht?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die Kosten wurden entrichtet für:

<input type="checkbox"/> stationäre Krankenhausbehandlung	Betrag	€
<input type="checkbox"/> ambulante Krankenhausbehandlung	Betrag	€
<input type="checkbox"/> ambulante ärztliche Behandlung	Betrag	€
<input type="checkbox"/> ambulante zahnärztliche Behandlung	Betrag	€
<input type="checkbox"/> Fahr-/Transportkosten	Betrag	€
<input type="checkbox"/> Arznei-/ Heil-/Hilfsmittel (Name und Preis¹⁾)	Betrag	€
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Betrag	€

¹⁾

Die ambulante Behandlung ist durchgeführt worden

- in der Praxis/Zahnarztpraxis am: _____ um: _____, am: _____ um: _____
- während der Sprechstunde am: _____ um: _____, am: _____ um: _____
- im Krankenhaus am: _____ um: _____, am: _____ um: _____
- Hausbesuch / Im Hotel am: _____ um: _____, am: _____ um: _____

Facharzttrichtung: (z.B. Allgemeinmediziner, HNO usw.)

Art der Erkrankung bzw. Verletzung? (möglichst genaue Beschreibung)

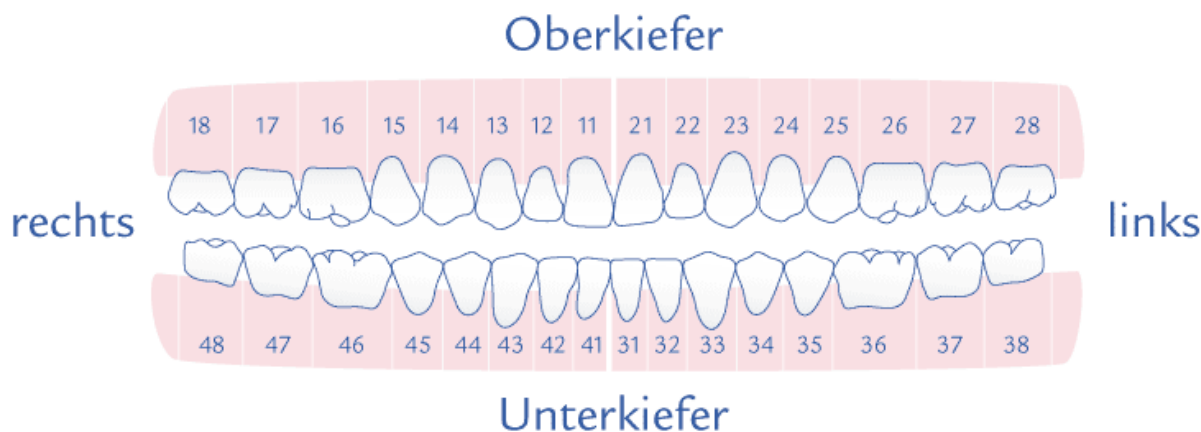
Handelte es sich um eine akute Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handelte es sich um eine Notfallbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ärztliche Behandlung

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

Ärztliche Behandlung	Anzahl	Bemerkung vom Versicherten
Beratung ggf. einschließlich Untersuchung		
Beratung ggf. einschließlich Untersuchung zwischen 20:00 und 08:00 Uhr. Bitte Uhrzeit angeben		
Beratung ggf. einschließlich Untersuchung an Samstagen, Sonn- und Feiertagen		
Hausbesuch		
Dringend und sofort notwendiger Hausbesuch		
Hausbesuch bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr. Bitte Uhrzeit angeben.		
Hausbesuch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen.		
Entfernung von der Praxis: km		
Eingehende vollständige körperliche Untersuchung		
Eingehende körperliche Untersuchung eines Organsystems		
Infusion (Tropf)		
Injektion		
Verband		
Gipsverband		
Vollnarkose		
Örtliche Betäubung		
Versorgung einer kleinen Wunde ohne Naht		
Versorgung einer kleinen Wunde mit Naht		
Versorgung einer großen Wunde ohne Naht		
Versorgung einer großen Wunde mit Naht		
Röntgenaufnahmen (Bitte Körperregion angeben, z.B. Arm, Hand usw.)		
Sonstiges. Bitte benennen, z.B. Blutentnahme.		
Die Behandlung hat an folgenden Tagen stattgefunden:		

Zahnärztliche Behandlung (bitte Behandlungsbereich markieren):



Zahnärztliche Leistungen	Anzahl	Bemerkung vom Versicherten
Röntgen		
Füllung		
Zahn ziehen		
Sonstige zahnärztliche Leistungen		

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

IBAN:
BIC:
Name der Bank:
Kontoinhaber:

Hiermit erkläre ich mich mit der Abrechnung nach deutschen Kassensätzen einverstanden	<input type="checkbox"/> ja	(wenn nein, wird die Rechnung zur sachlich und rechnerischen Prüfung zum ausländischen Träger gesandt)
	<input type="checkbox"/> nein	

Nachname

Vorname

Datum

Unterschrift des Versicherten
oder Erziehungsberechtigten

Telefon (tagsüber)*

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Leistungsprüfung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, ermöglichen uns aber eine schnelle und unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen Ihrer Krankenversicherung bei der BKK_DürkoppAdler. Die Nutzung dieser Angaben durch die BKK_DürkoppAdler können Sie jederzeit widersprechen.