

BKK24
Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

Nutzen Sie gerne unsere Online-Geschäftsstelle, auch über die App „Meine BKK24“, um uns den Antrag zukommen zu lassen. Alternativ können Sie diesen auch per Post oder E-Mail an uns zurück senden.



Online-Geschäftsstelle
oder App „Meine BKK24“



info@bkk24.de

ANTRAG AUF ERSTATTUNG MEDIZINISCHER LEISTUNGEN IM AUSLAND

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es an uns zurück!

1. Persönliche Angaben

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|---|-----|---|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name/Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße/Nummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLZ | | | | | | | Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J | Krankenversicherungsnummer | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. Allgemeine Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen/ausfüllen)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|---|--------------------------|----|--------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufenthalt in (Land) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tatsächlicher Auslandsaufenthalt vom | T | T | M | M | J | J | J | J | bis | T | T | M | M | J | J | J | J | | | | | | | | |
| Haben Sie eine Kreuzfahrt gemacht? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Falls ja, unter welcher Flagge ist das Schiff gefahren: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ist die Erkrankung auf einen Unfall zurückzuführen? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Handelt es sich um eine akute Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Waren Sie beruflich im Ausland unterwegs? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | Haben Sie sich zur Behandlung ins Ausland begeben? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. Fragen zur Behandlung

Während des Aufenthalts wurde folgende ärztliche/zahnärztliche/stationäre Behandlung durchgeführt:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Behandlungszeitraum im Ausland vom | T | T | M | M | J | J | J | J | bis | T | T | M | M | J | J | J | J | | | | | | | | |
| Die entstandenen Kosten in Höhe von | | | | | | | (Angabe in Landeswährung) wurden von mir bezahlt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Haben Sie dem Arzt Ihren Anspruchsnachweis (z. B. Versichertenkarte, Auslandskrankenschein) vorgelegt? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich habe eine Private Auslandsversicherung? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Handelt es sich um ein Ski-/Sportunfall? (möglichst genaue Beschreibung auf der Folgeseite) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Erkrankung bzw. Verletzung? (möglichst genaue Beschreibung auf der Folgeseite) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Handelt es sich um ein Ski-/Sportunfall? ja nein

Handelt es sich um eine Bergrettung? ja nein

Handelt es sich um eine Flugrettung? ja nein

4. Die Behandlung erfolgte:

im Krankenhaus ja nein

in der Praxis des Arztes ja nein

in der Wohnung/Unterkunft des Versicherten ja nein

5. Ausgeführte ärztliche/stationäre Behandlung:

a) Untersuchung/Beratung am:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 um:

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | : | | |
|--|--|---|--|--|

 Uhr (Uhrzeit, wenn außerhalb der Sprechstunde)

b) Röntgen / Ultraschall am:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 bitte Körperteil angeben:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

c) Injektion/Infusion am:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

d) Verband einer kleinen/größeren Wunde am:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

e) Sonstige Verrichtungen des Arztes am:
(bitte möglichst genau beschreiben)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

f) Stationäre Behandlung vom:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 bis

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

(folgende Maßnahmen sind während der stationären Behandlung durchgeführt worden):

g) Zahnärztliche Behandlung am:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

h) Röntgen am:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

i) Behandelte Zähne/Art der Behandlung:

j) Zahnersatz am:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Wurde der Zahnersatz vorher beantragt? ja nein

Behandelte Zähne und Art des Zahnersatzes:

6. Arzneimittel:

7. Sonstiges:

Originalnachweis(e) ist/sind beigelegt (quittierte Rechnungen und Verordnungen).

Ich bin mit einer Erstattung nach deutschen Vertragssätzen einverstanden/Über die Möglichkeit der Erstattung nach den Vertragssätzen des Landes, in dem ich die Leistung bezogen habe, wurde ich informiert.

ja nein

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Zu Unrecht bezogene Leistungen werden zurückgezahlt.

Bankverbindung für Kostenrückerstattung

| | |
|--|--|
| Kontoinhaber/in | |
| IBAN | |
| ggf. abweichende/r Kontoinhaber/in | |
| Datum/Unterschrift/ Ort Kontoinhaber/in | |

BIC

Anlagen:

Hinweis zum Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit. Die Daten werden aufgrund des §45 SGB V und im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bei der BKK24 gespeichert.