

Kostenerstattung für Behandlungen im Ausland



Gilt nur für EU/EWR Staaten sowie Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Tunesien und Türkei

Bitte per Post an:

BKK Pfalz
Team Ausland
Lichtenbergerstraße 16
67059 Ludwigshafen

Ihre Daten

Name, Vorname:

Versichertennummer:

Falls für Familienangehörige(n): Name, Vorname

Art der Erkrankung (Diagnose):

Behandlungsland:

Folgende Leistungen wurden in Anspruch genommen *)	vom Versicherten auszufüllen
1. Ärztliche Behandlung	
1.) Welche Fachrichtung hatte der Arzt (z.B. Hautarzt oder Allgemeinmedizin)?	
2.) Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist 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.)	
3.) Hat der Arzt Sie im Hotel aufgesucht oder haben Sie einen organisierten Notfalldienst aufgesucht (dieses Feld ist auszufüllen, wenn die Untersuchung außerhalb der üblichen Sprechstunde stattgefunden hat)?	
4.) Von wann bis wann hat die Untersuchung stattgefunden (genaue Uhrzeit)?	
5.) Wie viele Nachuntersuchen gab es insgesamt (ohne die Hauptuntersuchung nach Nr. 2)? Ergänzen Sie bitte die Nr. 2 bis 4 entsprechend. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte die Rückseite.	
6.) Gründliche, vollständige körperliche Untersuchung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn über die allgemeine Untersuchung und Beratung hinaus ein Befund über den körperlichen Gesamtzustand des Patienten erhoben wurde.)	
7.) Anlegen eines fixierenden Verbandes (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Ihnen ein unelastischer Verband, wie z. B. ein Gipsverband oder ein harter Kunststoffverband, angelegt wurde. Bitte geben Sie die genaue Körperregion an – z. B. Hand-, Knie- oder Fußgelenk.)	
8.) Blutentnahmen	
9.) Laboruntersuchungen	
10.) Injektionen	
11.) Infusionen	
12.) Wundversorgung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine Wunde genäht oder geklammert werden musste. Geben Sie es bitte an, falls ein Fremdkörper aus der Wunde zu entfernen war und in welcher Körperregion.)	
13.) Röntgenaufnahmen (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an – z.B. rechter Oberarm, linker Hand, rechtes Fußgelenk)	
14.) Sonstige ärztliche Behandlung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn weitere ärztliche Behandlung, wie z.B. Ultraschall oder EKG, erforderlich waren. Geben Sie bitte an, um welche Leistung es sich gehandelt hat.)	
15.) Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte fügen Sie die Originalrechnung bei!)	

Kostenerstattung für Behandlungen im Ausland



Gilt nur für EU/EWR Staaten sowie Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Tunesien und Türkei

Folgende Leistungen wurden in Anspruch genommen *)	vom Versicherten auszufüllen
2. Zahnärztliche Behandlung	
Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erforderlich war.)	
Untersuchung und Beratung zwischen 20 Uhr und 8 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 Schleimhauterkrankungen	
Sonstige zahnärztliche Behandlung	
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte fügen Sie die Rechnung bei.)	
3. Arznei-, Verband- und Heilmittel	
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte Originalrechnungsbeleg, Verordnung sowie bei Arzneimitteln den Beipackzettel beifügen.)	
4. Krankenhausbehandlung	
Dauer der Krankenhausbehandlung Aufnahme am (bitte Tag und Uhrzeit angeben): Entlassung am (bitte Tag und Uhrzeit angeben):	
Angabe der Diagnose – warum war die Behandlung im Krankenhaus notwendig?	
Welche Eingriffe wurden durchgeführt?	
Welche Operationen wurden durchgeführt?	
Sonstige Angaben zur Krankenhausbehandlung	

Kostenerstattung für Behandlungen im Ausland



Gilt nur für EU/EWR Staaten sowie Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Tunesien und Türkei

Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

Kreditinstitut:	_____
Bankleitzahl/BIC:	_____
Kontonummer/IBAN:	_____
Kontoinhaber (falls nicht identisch mit dem Versicherten)	
Name, Vorname:	_____

Hinweis zu Vertragssätzen:

Jeder Arzt in Deutschland, der gesetzlich Versicherte behandelt, erhält für die erbrachten Leistungen einen festgelegten Preis. Die Preise und der Umfang der Leistungen sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt. Die Preise werden auch Vertragssätze genannt. Die Umrechnung erfolgt danach, was ein Arzt für die gleiche Behandlung in Deutschland erhalten hätte. Die Erstattungsgrundlage gilt für Leistungen, die in Deutschland erbracht wurden, ebenso für Leistungen aus dem Ausland.

Bei Abkommensstaaten (Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien und Türkei) gilt die Besonderheit, dass Rechnungen über 1.000 €, die bei uns eingereicht werden, nach den jeweiligen ausländischen Vertragssätzen erstattet werden müssen.

Erstattung nach:

☐

deutsche Vertragssätze *

☐

ausländische Vertragssätze

☐

Ich wünsche eine bestätigte Kopie der Auslandsrechnung zur Vorlage bei meiner privaten Versicherung!

Datum und Unterschrift

Telefon

E-Mail-Adresse

*) Die Leistungen werden nach deutschen Vertragssätzen max. bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten erstattet. Wir sind verpflichtet, die nach dem SGB V geltenden Festbeträge und Eigenbeteiligungen zu berücksichtigen.