

ERHEBUNGSBLATT

für Behandlungskosten aus dem Ausland

Familien- oder Nachname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer		
Patient(in)		Tag	Monat	Jahr
Versicherte(r) (nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		Tag	Monat	Jahr
Anschrift		Telefonnummer		

Grund des Auslandsaufenthaltes:

privat
 beruflich
 zum Zweck der Krankenbehandlung

Name des Staates: _____ Währung: _____

Wurden Sie von der behandelnden Stelle angewiesen, die EKVK (Europäische Krankenversicherungskarte auf der Rückseite Ihrer eCard) oder ersatzweise einen Auslandskrankenschein vorzuweisen?
 ja nein

Wenn ja: Wird bzw. wurde die Behandlung (teilweise) über einen ausländischen Krankenversicherungsträger abgerechnet?
 ja nein

Name und Anschrift des ausländischen Versicherungsträgers: _____

Angaben über die Art der Behandlung:

Ärztliche Behandlung:

Fachrichtung des(r) behandelnden Arztes(Ärztin): _____

Diagnose (unbedingt erforderlich): _____

Arztbesuche am (Datum): _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Hausbesuche durch den(die) Arzt(Ärztin) am: _____ / _____ / _____ / _____

Angaben über sonstige durchgeführte Leistungen (z.B. Injektionen, Röntgen, Blutuntersuchungen, Abstriche usw.)

Behandlung in Krankenanstalten:

Erfolgte die Behandlung in einem(mehreren) Krankenhaus(häusern)? ja nein

Art der Behandlung bzw. Aufnahme: ambulant stationär

Behandlungen am (ambulant): _____ / _____ stationär von: _____ bis: _____

Diagnose (unbedingt erforderlich): _____

Angaben über sonstige durchgeführte Leistungen (z.B. Injektionen, Röntgen, Blutuntersuchungen, Abstriche usw.)

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bitte wenden!

Transportkosten:

Wurde(n) Krankentransport(e) durchgeführt? ja nein

Transport am (Datum): _____ / _____ Transportart: liegend oder Tragstuhl sitzend

Transport von (Ort): _____ nach (Ort): _____ Entfernung (km): _____

Transport von (Ort): _____ nach (Ort): _____ Entfernung (km): _____

Diagnose (unbedingt erforderlich): _____

Sonstige Leistungen (z.B. Kosten für Medikamente):

Ich ersuche, den mir zustehenden Kostenersatz zu überweisen:

Geldinstitut: _____

IBAN: _____ BIC/SWIFT: _____

Als Unterzeichner bestätige ich, dass es sich bei den entstandenen Kosten nicht um einen Selbstbehalt handelt und haften der Kasse nach § 1293 ff ABGB für einen eventuellen Schaden, der durch unrichtige Angaben entsteht.

Datum

Unterschrift des(der) Versicherten

Zutreffendes bitte ankreuzen!

WIRD VON DER KASSE AUSGEFÜLLT!

Chef- bzw. Kontrollärztliche Anmerkung:	Anmerkung der Leistenden Stelle:
--	---