

Erhebungsblatt für Behandlungskosten in anderen Bundesländern oder im Ausland

Name des/der Patienten/in: _____ VSNR: _____
 Versichert durch: _____ VSNR: _____
 Anschrift: _____ Tel: _____
 Dienstgeber: _____ Tel: _____
 Bankverbindung: _____ IBAN: _____
 lautend auf: _____ BIC: _____

Urlaubsland: _____ **Währung** _____

Arztkosten: _____ ambulante Krankenhauskosten: _____

Laborkosten: _____ stationäre Krankenhauskosten: _____

Medikamentekosten: _____ Transportkosten: _____

Sonstige Kosten: _____

Diagnose: _____
unbedingt erforderlich !!

Rechnung bezahlt: Ja Nein

Art der Behandlung:

Für die Berechnung des Rückersatzes sind Anzahl und Art der angefallenen Leistungen (wie Untersuchungen, Laborleistungen, Medikamente usw.) so detailliert wie möglich anzuführen !

Die Behandlung erfolgte:

	in der Ordination <input type="checkbox"/>	beim Zahnarzt <input type="checkbox"/>
	im Krankenhaus ambulant <input type="checkbox"/>	im Krankenhaus stationär <input type="checkbox"/>
	am Wochenende <input type="checkbox"/>	an einem Feiertag <input type="checkbox"/>
	Hausbesuch <input type="checkbox"/>	

Stationäre/ambulante Behandlung im Krankenhaus von: _____ bis _____

Arztordinationen	Hausbesuche
Datum: _____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
Uhrzeit: _____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____

Injektionen am: _____ / _____ / _____

Röntgen: Ja Nein Art und Anzahl der Bilder: _____

Ultraschall: Ja Nein Region: _____

EKG: Ja Nein

MRT: Ja Nein

Computertomographie: Ja Nein

Laborleistung am: _____ Art der Laborleistung: _____

Andere Leistungen, welche: _____

Formular wenden und bitte Rückseite ausfüllen !!

Wird von der Kasse ausgefüllt

Tariflicher Kostenersatz:

Grund der Inanspruchnahme einer Krankenbehandlung:

- Freizeitunfall plötzliche Erkrankung
Arbeitsunfall Fortsetzungserkrankung
Fremdverschulden ja nein

Grund des Auslandsaufenthaltes:

- Privat Im Auftrag der Firma Wohnsitz im Ausland

Besteht ein zusätzlicher Versicherungsschutz durch:

- Private Zusatzversicherung: Ja Nein
Reiseversicherung: Ja Nein
Kreditkarte (Visa, Eurocard, etc.): Ja Nein
ÖAMTC/ARBÖ (Reiseversicherung, Schutzbrief): Ja Nein
Ersatzanspruch gegenüber einer Dritten Person:
(z.B. Haftpflichtversicherung) Ja Nein

Damit eine Kostenerstattung erfolgen kann, benötigen wir die **Rechnung im Original** sowie eine **Zahlungsbestätigung** (auch Kopie möglich).

**Abgabe Europäische Krankenversicherungskarte
oder Auslandskrankenschein beim Behandler**

- Ja Nein

Ich erkläre, dass ich die Angaben nach besten Wissen und Gewissen **richtig** und **vollständig** gemacht habe und hafte der Kasse für eventuellen Schaden, der durch unrichtige Angaben entsteht nach § 1295 ff ABGB.

Datum: _____

Bestätigung für die Richtigkeit der Angaben

Das Erhebungsblatt wurde aufgenommen von:

Datum, Unterschrift KundenbetreuerIn der Kasse