

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:	
Medikamentenkosten:		Transportkosten:	
Sonstige Kosten:			
Diagnose:			

unbedingt erforderlich !!

Rechnung bezahlt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Art der Behandlung:

Damit wir den Rückersatz berechnen können, geben Sie bitte die Anzahl und Art der Leistungen (wie Untersuchungen, Laborleistungen, Medikamente usw.) so detailliert wie möglich bekannt.

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:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Art und Anzahl der Bilder:					
Ultraschall:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Region:					
EKG:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein						
MRT:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein						
Computertomographie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 wir Kosten erstatten können, benötigen wir immer die **Rechnung** und die **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

Sie haben Fragen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung)? Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter www.vgkk.at/datenschutz.