

Erhebungsblatt für Behandlungskosten 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:

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: 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 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