

## Antrag auf Kostenerstattung für ärztliche Hilfe im AUSLAND (Krankenhaus oder niedergelassene/r Arzt/Ärztin)

Sehr geehrte/r Versicherte/r!

Wir bemühen uns, Ihren Antrag auf Kostenerstattung so rasch als möglich zu erledigen. Wir bitten um Ihre Unterstützung und ersuchen Sie, den Antrag vollständig auszufüllen und Folgendes unbedingt **beizulegen**:

- **Honorarnote**
- **Zahlungsnachweis**
- **Die Bestätigung können Sie selbst in der „Online Filiale“ auf [www.meinesv.at](http://www.meinesv.at) ausdrucken (Handysignatur).**  
Falls Sie dennoch eine Bestätigung von uns benötigen, legen Sie bitte eine entsprechende Anzahl von Kopien und ein adressiertes und frankiertes Rückkuvert bei.

Herzlichen Dank  
Ihre Österreichische Gesundheitskasse

---

Patient/in: ..... Vers.-Nr.: ..... Geb.-Datum: .....

Versicherte/r: ..... Vers.-Nr.: ..... Geb.-Datum: .....

Wohnadresse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon tagsüber: ..... e-mail: .....

Bankverbindung (BLZ): ..... Konto-Nr.: .....

Kontoinhaber/in: ..... Vers.-Nr.: ..... Geb.-Datum: .....

IBAN\*): ..... BIC\*) .....

\*)IBAN-/BIC-Code bitte auch für inländische Bankverbindungen anführen

---

**In welchem STAAT erfolgte die Behandlung?** .....

**In welcher WÄHRUNG wurde das Honorar bezahlt?** .....

**Grund des Arztbesuches – welche BESCHWERDEN lagen vor?** .....

.....

**WO erfolgte die Behandlung?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arztordination                      | <input type="checkbox"/> Ambulanz/Krankenhaus  |
| <input type="checkbox"/> Ordination im Hotel                 | <input type="checkbox"/> Krankenhaus stationär |
| <input type="checkbox"/> Privatunterkunft (Hotelzimmer etc.) | <input type="checkbox"/> Labor                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....                    |  |

**WANN erfolgten die Behandlungen bzw. IN WELCHEM ZEITRAUM** (von-bis) war der **stationäre Aufenthalt** im Krankenhaus?

.....

**WELCHE ärztlichen BEHANDLUNGEN** erfolgten **bzw.** welche ärztlichen **LEISTUNGEN** wurden in Anspruch genommen? (bitte möglichst genau beschreiben)

**WELCHER ART war der Auslandsaufenthalt?**

dienstlich                       privat                      (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben Sie beim Arzt/bei der Ärztin bzw. im Krankenhaus die **EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE (EKVK auf der RÜCKSEITE DER E-CARD)** oder eine „Bescheinigung über den Sachleistungsanspruch während des Aufenthaltes im Vertragsstaat“ bzw. eine „**Bescheinigung über den Sachleistungsanspruch** in einem Mitgliedsstaat“ (Zwischenstaatlicher **BETREUUNGSSCHEIN E 111**) vorgelegt?

NEIN                                       JA                                      (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Wenn JA:**

Wurde die **EKVK bzw. der Betreuungsschein** vom Arzt/von der Ärztin bzw. vom Krankenhaus **ANGENOMMEN**, d.h. wurden vom ausländischen Krankenversicherungsträger bereits (teilweise) Kosten für diese Behandlung übernommen?

NEIN                                       JA                                      (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Wenn JA:**

Bitte geben Sie an, warum trotzdem eine **PRIVATHONORARNOTE** ausgestellt wurde:

**NUR für Rechnungen aus EU- bzw. EFTA-MITGLIEDSSTAATEN gilt (nur für Behandlungen innerhalb der EU/ EFTA ausfüllen):**

Grundsätzlich erfolgt die Kostenerstattung nach den Tarifbestimmungen des EU-/EFTA-Vertragsstaates, in dem die Behandlung erfolgte (ausgenommen sind gezielte Behandlungen im Ausland). Die dafür nötige Tarif-Anfrage beim ausländischen Krankenversicherungsträger durch die ÖGK kann jedoch sehr lange dauern (monate- oder jahrelang). Wenn die Versicherten dies ausdrücklich wünschen, ist es allerdings auch möglich, die **Kostenerstattung nach inländischen Tarifbestimmungen** durchzuführen. Die Erledigung erfolgt in diesem Fall **viel schneller**. **Ob die Kostenerstattung nach inländischem Tarif höher oder niedriger ausfällt, ist von Fall zu Fall unterschiedlich und kann nicht im Vorhinein beurteilt (und daher von der ÖGK auch nicht beantwortet) werden.**

Nach **WELCHEN (TARIF-)BESTIMMUNGEN** wünschen Sie die Kostenerstattung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- nach den inländischen Bestimmungen (ggf. mit Heilmittelpauschale)
- nach den Tarifbestimmungen des EU-/EFTA-Staates

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den **Rechnungsbetrag zur Gänze bezahlt bzw. überwiesen** habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass **unwahre Angaben strafbar** sind und ich in diesem Fall verpflichtet bin, den Erstattungsbetrag zurückzuzahlen; ebenso **unzulässig ist das Einreichen derselben Honorarnote(n) bei mehreren Trägern der sozialen Krankenversicherung.**

Ich benötige eine **Bestätigung für die Privatversicherung bzw. das Finanzamt:**  NEIN                       JA

Wenn JA - frankiertes Rückkuvert beilegen

Nutzen Sie unseren kostenlosen Online-Service auf **www.gesundheitskasse.at!**

Ort, Datum: ..... Unterschrift der/des Versicherten: .....