

Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im Ausland

Versicherte(r): VSNR:

Adresse:

Angehörige(r): VSNR:

Telefon-Nummer:

Bankverbindung: BIC: IBAN:

Grund des Aufenthaltes

Urlaub Krankenbehandlung Dienstliche Entsendung

Sonstiges?: Flagge des Schiffes:

Land: Währung: Gesamtbetrag:

Diagnose(n):

- **Akutbehandlung** ja nein
- **Unfall** ja nein
- **Fremdverschulden** ja nein

<u>Behandlung:</u>	Anzahl	Datum
<input type="checkbox"/> beim Arzt (Ordination)
<input type="checkbox"/> Hausbesuch
<input type="checkbox"/> Ambulanz / Klinik
<input type="checkbox"/> Stationärer Aufenthalt von: bis

Angabe der Leistungen: z.B. Medikamente, Spritzen, Verband, Röntgen (Körperteil),
Ultraschall (Organ), ärztliches Gespräch:

.....

Erklärung

Mit nachstehender Unterschrift erkläre ich, dass kein Betreuungsschein bzw. die EKVK nicht verwendet wurde und ich die Kosten der Behandlung und Medikamente, wie aus der beiliegenden Honorarnote und Medikamentenrechnung ersichtlich, zur Gänze bezahlt habe. Für allfällige Schäden, die der Kasse durch eine ungerechtfertigte Leistungserbringung in diesem Zusammenhang entstehen, hafte ich gemäß §107 ASVG voll und ganz.

.....
Datum

.....
Unterschrift der / des Versicherten bzw. Patienten(in)