

Kundenservice

Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten

Tel. +43 5 0766-503441

E-Mail: auslandsbehandlung@oegk.at

Unsere Servicezeiten finden Sie
unter: www.gesundheitskasse.at

UID-Nr.: ATU74552637

Antrag auf Kostenübernahme einer geplanten Behandlung oder Untersuchung im Ausland

Versicherte bzw. Versicherter

Familienname	Vorname	Sozialversicherungsnummer

Mitversicherte Person

Familienname	Vorname	Sozialversicherungsnummer

Telefon: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme einer Krankenbehandlung in (Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung)

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Diese Einrichtung ist		Die Behandlung ist	
☐ öffentlich	☐ privat.	☐ stationär	☐ ambulant

Das ausgefüllte und unterschriebene Beiblatt „Beurteilung des Antrags auf Kostenübernahme einer Krankenbehandlung“ sowie Befunde und Kostenvoranschläge liegen diesem Antrag bei.

Bitte beachten Sie, den Antrag **spätestens zwei Wochen vor** dem geplanten Antritt der Behandlung bzw. Untersuchung bei uns einzureichen.

Information zum Antrag

Wichtiges vorweg:

Sie planen eine Behandlung im Ausland. Voraussetzung dafür ist, dass die Behandlung unbedingt notwendig oder sinnvoll und zweckmäßig und in Österreich nicht möglich ist.

Was muss ich tun?

Sobald der Antrag und das Beiblatt vollständig befüllt sind, bitten wir Sie uns diese Unterlagen zu schicken. Das Beiblatt „*Beurteilung des Antrags auf Kostenübernahme einer Krankenbehandlung*“ muss von einem österreichischen allgemein öffentlichen Krankenhaus ausgefüllt werden.

Nähere Informationen finden Sie unter: www.gesundheitskasse.at / Geplante Behandlung
Haben Sie noch Fragen? Wir sind gerne für Sie da.

Freundliche Grüße
Österreichische Gesundheitskasse

Beurteilung des Antrags auf Kostenübernahme einer geplanten Behandlung oder Untersuchung im Ausland

Patient: _____ Vers.Nr.: _____ Geb.-Dat.: _____

Stellungnahme eines österreichischen allgemein öffentlichen Krankenhauses:

Behandlungsrelevante Diagnose(n):

ICD-10 Nr.: _____

Notwendige, geplante Behandlung oder Untersuchung (Befunde bitte beilegen)

**Beantragte Behandlungsstelle im Ausland (genaue Bezeichnung/Anschrift,
Ansprechpartner, Telefonnummer):**

Datum des Behandlungsantritts _____ voraussichtliche Dauer: _____

☐ **Folgende Voraussetzungen für die Behandlung oder Untersuchung im Ausland liegen vor:**

1. Die Behandlung ist medizinisch unbedingt erforderlich oder sinnvoll und zweckmäßig.
2. Die Behandlung ist in keiner einzigen spezialisierten österreichischen Einrichtung (i.d.R. Universitätsklinik) möglich.

Eine Abklärung mit den anderen Universitätskliniken in Österreich wird vorausgesetzt! **Es wird rechtlich verbindlich bestätigt, dass die Voraussetzungen für eine Behandlung im Ausland vorliegen.**

☐ **Die Voraussetzungen für eine Behandlung oder Untersuchung im Ausland liegen nicht vor:**

Weitere Anmerkungen (falls erforderlich):

Datum

österreichisches allgemein
öffentliches Krankenhaus