

energie-BKK

30134 Hannover

## Angaben zur Person

Vor- und Zuname

Anschrift

Geburtsdatum

IBAN

BIC

## Antrag auf Kostenerstattung für eine ärztliche Behandlung im Ausland

### Allgemeine Informationen

Reiseland/Schiffsflagge bei Kreuzfahrten \_\_\_\_\_ Währung \_\_\_\_\_

Anspruchsbescheinigung (z. B. EHIC/TA11/etc.) abgegeben

Facharzttrichtung (sofern bekannt) \_\_\_\_\_

Medikamente (Falls ja, welche?) \_\_\_\_\_

Heilmittel (z.B. Massage) (Falls ja, welche?) \_\_\_\_\_

Hilfsmittel (Falls ja, welche?) \_\_\_\_\_

Fahrkosten \_\_\_\_\_

### Fallspezifische Informationen

Ambulanter Krankenhausaufenthalt

Ärztliche Behandlung

Behandlung durch Hotelarzt

### Krankheitsbezeichnung bzw. -beschreibung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Es wurden folgende Einzelleistungen erbracht:

Genauere Angaben ermöglichen die Berechnung des Zuschusses (Beratung, Untersuchung, Betäubung, Schmerzbehandlung usw.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben, sofern möglich

Unfall/Fremdverschulden liegt vor

Ärztliche Behandlung/Leistung

Untersuchung

Infusion (Tropf)

Örtliche Betäubung

Versorgung einer Wunde ohne Naht

Versorgung einer Wunde mit Naht

Eingehende vollständige körperl. Untersuchung

Eingehende körperl. Untersuchung eines Organsystems

Hausbesuch

Hausbesuch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen

Dringender und sofort notwendiger Hausbesuch

Beratung ggf. einschl. Untersuchung an Samstagen-, Sonn- u. Feiertagen

Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung zwischen 19:00 und 07:00 Uhr

Hausbesuch bei Nacht zwischen 19:00 und 7:00 Uhr. Bitte Uhrzeit angeben: \_\_\_\_\_

## Angaben, sofern möglich

Die Behandlung hat an folgenden Tagen stattgefunden (genaue Angabe erforderlich) \_\_\_\_\_

Röntgenaufnahmen (bitte Körperregion angeben, z. B. Arm, Hand usw.) \_\_\_\_\_

Ultraschalluntersuchung o. ä. (bitte Körperregion angeben, z. B. Beine, Halsregion) \_\_\_\_\_

Gipsverband (bitte Körperregion angeben, z. B. Arm, Hand usw.) \_\_\_\_\_

Art der Blutuntersuchung oder Laboruntersuchung \_\_\_\_\_

## Hinweis:

**Eine Erstattung erfolgt automatisch in Höhe der im Ausland geltenden Erstattungssätze. Hierfür erfolgt eine Anfrage beim ausländischen Krankenversicherungsträger. Sollte eine Umrechnung der ausländischen Sätze nicht möglich sein, erfolgt die Berechnung des Erstattungsbetrages gemäß den deutschen Vertragssätzen.**

Rechnungen des Arztes und gegebenenfalls der Apotheke, Verordnungen, Briefe des Arztes, ggf. mit entsprechender Übersetzung sind beigelegt.

Ich benötige Kopien der Rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der energie-BKK für meine private Auslandskrankenversicherung

## Datenschutzhinweis

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten wir gemäß Art. 6 EU-DSGVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben. Ihre freiwilligen Angaben werden von uns gespeichert und ausschließlich für den obengenannten Zweck verwendet. Nähere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite [www.energie-bkk.de/Datenverarbeitung](http://www.energie-bkk.de/Datenverarbeitung) oder in unseren Service-Centern.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift