

# Antrag auf Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten

Vor- / Nachname: \_\_\_\_\_ KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Reiseland: \_\_\_\_\_ Währung: \_\_\_\_\_

## 1. Im Reiseland verwendete ich meine europäische Versichertenkarte:

ja       nein       wurde nicht angenommen

## 2. Schilderung über die Erkrankung (Art der Erkrankung, liegt ein Unfall vor, welche Diagnosen wurden festgestellt, usw.)?

---

---

## 3. Die Kosten wurden entrichtet für:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Medizin                 | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendmedizin              | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> Anästhesistische Leistungen        | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt                          | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> Chirurgische Leistungen            | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> Arznei-/Heil-/Hilfsmittel          | _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> Fahr-/Transportkosten (keine Taxi) | _____ Euro |

## 4. Art der Behandlung

- Hausbesuch
- Dringender Besuch (Montag bis Freitag 07:00 bis 19:00 Uhr)
- Dringender Besuch (Montag bis Freitag 19:00 bis 22:00 Uhr)
- Dringender Besuch (Montag bis Freitag 22:00 Uhr bis 07:00 Uhr)
- Dringender Besuch (Samstag und Sonntag 07:00 bis 19:00 Uhr)
- Dringender Besuch (Samstag bis Sonntag 19:00 bis 07:00)

## 5. Wann und wo wurde die Behandlung durchgeführt?

---

Ort	Datum	Uhrzeit
-----	-------	---------

## 6. Welche ärztlichen Leistungen wurden erbracht?

- Verband
- Versorgung einer Wunde
- Wundversorgung mit Naht
- Infusion
- Röntgenaufnahme
- Narkose
- Blutentnahme
- Injektion
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**7. Wurde eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?\***

ja       nein      bei \_\_\_\_\_

---

**8. Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:**

Bank \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

**9. Hiermit erkläre ich mich mit der Abrechnung nach einer der folgenden Kassensätze einverstanden (Bitte nur ein Feld ankreuzen, s. Hinweise).\*\***

- **deutsche Kassensätze**       ja       nein
- **ausländische Kassensätze**       ja       nein

**Bemerkungen:**

---

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**\* Erläuterung zu Punkt 7:**

Sie erhalten dann von uns beglaubigte Rechnungskopien, um diese zur Erstattung des Restbetrages bei Ihrer privaten Zusatzversicherung einzureichen.

**\*\* Erläuterung zu Punkt 9:**

Bei einer Umrechnung nach deutschen Kassensätzen wird Ihnen der Betrag erstattet, den ein Arzt in Deutschland für die Behandlung bei einer Abrechnung über die Krankenkasse erhalten hätte.

Bei einer Umrechnung nach ausländischen Kassensätzen wird Ihnen der Betrag erstattet, den der Arzt im Ausland für die Behandlung erhalten hätte. Bitte beachten Sie, dass wir bei dieser Art von Umrechnung keinen Einfluss auf die Bearbeitungsdauer haben, da die Rechnungen an den ausländischen Versicherungsträger zur Umrechnung geschickt werden.

**Datenschutzhinweis:**

Die Angaben zu Kontaktdataen (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Scheufelen erforderlich (§ 284 SGB V). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK Scheufelen und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (<https://www.bkk-scheufelen.de/ueberuns/datenschutz/informationspflicht/>) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne auch zu.