

# Antrag auf Erstattung der im Ausland entstandenen zahnärztlicher Behandlungskosten

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

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

ja       nein

**2. Wie oft suchten Sie den Zahnarzt auf?** \_\_\_\_\_

**3. Wann wurde die zahnärztliche Behandlung durchgeführt?** \_\_\_\_\_

Datum      Uhrzeit

**4. Welche zahnärztlichen Leistungen wurden erbracht:**

- eine Füllung gelegt
- ein Zahn gezogen
- die Wunde durch eine Naht versorgt.
- an folgendem Tag eine Wundkontrolle durchgeführt: \_\_\_\_\_
- eine Wurzelbehandlung begonnen
- die Zahnfleischentzündung behandelt.
- der Zahn betäubt.
- eine provisorische Füllung gelegt.
- eine Röntgenaufnahme hergestellt.
- eine scharfe Kante entfernt.
- der Zahnersatz nach Bruch repariert.
- der Zahnersatz nach Sprung repariert.
- für die Reparatur ein Abdruck genommen.
- an der Prothese ein Zahn wiederbefestigt / erneuert.
- eine Reparatur im Kunststoffbereich der Prothese vorgenommen.
- eine Reparatur im gegossenen Metallbereich vorgenommen.

**5. Wurde eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?**

ja       nein      bei \_\_\_\_\_

---

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

Bank \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_

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

**7. Hiermit erkläre ich mich mit der Abrechnung nach deutschen Kassensätzen einverstanden.**

ja       nein

**Sonstiges / Bemerkungen:**

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift

Tel-Nr.