

# 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. \_\_\_\_\_