

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse  
Kasernenstraße 61  
40213 Düsseldorf

## Antrag auf Erstattung medizinischer Leistungen im Ausland

### 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname des Versicherten/Angehörigen		Geburtsdatum
Straße Hausnummer	Postleitzahl Wohnort	Versichertennummer
Vorwahl, Rufnummer*		Status
BIC		IBAN
Name des Geldinstitutes		ggf. abweichender Kontoinhaber (Name, Vorname)
Arbeitgeber:		

### 2. Allgemeine Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen/ausfüllen)

Während meines Aufenthaltes in (Land) \_\_\_\_\_  
hat die folgende aufgeführte ärztliche/zahnärztliche/stationäre Behandlung stattgefunden:

Die entstandenen Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ (Angabe in Landeswährung)  
wurden von mir bezahlt.

a) Tatsächlicher Auslandsaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
b) Ursprünglich geplanter Auslandsaufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
--- falls von a) abweichend

Wurde die AOK European Health Insurance Card (EHIC) dem Arzt vorgelegt bzw. zur Abrechnung der Behandlung genutzt? ☐ ja ☐ nein

Beihilfeanspruch ☐ ja ☐ nein

Private Auslandsversicherung ☐ ja ☐ nein

Sind die Kosten bereits von Ihrer privaten Auslandsversicherung erstattet worden? ☐ ja ☐ nein

Wird ein Duplikat/eine Ablichtung der Rechnung gewünscht? ☐ ja ☐ nein

# Antrag auf Erstattung medizinischer Leistungen im Ausland

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse  
Seite 2

Art der Erkrankung bzw. Verletzung? (möglichst genaue Beschreibung)

Ist die Erkrankung auf einen Unfall zurückzuführen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie beruflich im Ausland unterwegs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Handelt es sich um eine akute Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich zur Behandlung ins Ausland begeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Krankenhausentlassungsbericht angefertigt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Weitere ergänzende Hinweise/Erläuterungen:

---

---

---

### 3. Die Behandlung erfolgte:

im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
in der Praxis des Arztes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
in der Wohnung/Unterkunft des Versicherten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, einfache Entfernung Praxis zur Unterkunft in km	<hr/>	

### 4. Ausgeführte ärztliche/zahnärztliche/stationäre Behandlung:

a) Untersuchung/Beratung am: \_\_\_\_\_, um: \_\_\_\_\_ Uhr  
(Uhrzeit, wenn außerhalb der Sprechstunde)

b) Röntgen/Ultraschall am: \_\_\_\_\_  
bitte Körperteil angeben: \_\_\_\_\_

c) Injektion/Infusion am: \_\_\_\_\_

d) Verband einer kleinen/größeren Wunde am: \_\_\_\_\_

e) Sonstige Verrichtungen des Arztes am: \_\_\_\_\_  
(bitte möglichst genau beschreiben)

---

---

---

f) Zahnärztliche Behandlung am: \_\_\_\_\_  
Behandelte Zähne/Art der Behandlung:

---

---

---

# Antrag auf Erstattung medizinischer Leistungen im Ausland

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse  
Seite 3

g) Zahnersatz am: \_\_\_\_\_ Wurde der Zahnersatz vorher beantragt? ☐ ja ☐ nein

Behandelte Zähne und Art des Zahnersatzes:

---

---

---

h) Stationäre Behandlung \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
(folgende Maßnahmen sind während der stationären Behandlung durchgeführt worden):

---

---

---

## 5. Arzneimittel:

---

---

## 6. Sonstiges:

---

---

Originalnachweis(e) ist/sind beigelegt (quitierte Rechnungen und Verordnungen).

Ich bin mit einer Erstattung nach deutschen Vertragssätzen einverstanden/. ☐ ja ☐ nein

Über die Möglichkeit der Erstattung nach den Vertragssätzen des Landes, in dem ich die Leistung bezogen habe, wurde ich informiert ☐ ja ☐ nein

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Zu Unrecht bezogene Leistungen werden zurückgezahlt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

### Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Leistungsprüfung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/rh/datenschutzrechte](http://aok.de/rh/datenschutzrechte) oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de).

Die mit „\*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

## Anlagen