

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? ja nein

Waren Sie beruflich im Ausland unterwegs? ja nein

Handelt es sich um eine akute Erkrankung? ja nein

Haben Sie sich zur Behandlung ins Ausland begeben? ja nein

Ist ein Krankenhausentlassungsbericht angefertigt worden? ja nein

Weitere ergänzende Hinweise/Erläuterungen:

3. Die Behandlung erfolgte:

im Krankenhaus ja nein

in der Praxis des Arztes ja nein

in der Wohnung/Unterkunft des Versicherten: ja nein

wenn ja, einfache Entfernung Praxis zur Unterkunft in km _____

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: _____

Originalnachweis(e) ist/sind beigefügt (quittierte 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 ja nein dem ich die Leistung bezogen habe, wurde ich informiert

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 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.

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