

Bitte zurück an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen

Antrag auf Erstattung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten

Vorname des Erkrankten	Nachname des Erkrankten	Krankenversichertennummer
------------------------	-------------------------	---------------------------

Reiseland (unbedingt angeben)	Dauer des Aufenthaltes
	vom _____ bis _____

Facharztrichtung: (Angabe ist Voraussetzung zur Ermittlung)

Die Kosten wurden entrichtet für

- Krankenhausbehandlung stationär vom _____ bis _____ Betrag _____
- Krankenhausbehandlung ambulant vom _____ bis _____ Betrag _____
- ärztliche Behandlung vom _____ bis _____ Betrag _____
- zahnärztliche Behandlung vom _____ bis _____ Betrag _____
- Arznei-/Heilmittel Betrag _____
- Fahr-/Transportkosten, keine Taxikosten Betrag _____

Die ambulante Behandlung ist durchgeführt worden

- in der Praxis/Hotelpraxis am _____ am _____ am _____
- während der Sprechstunde am _____ am _____ am _____
- im Krankenhaus am _____ am _____ am _____
- Hausbesuch am _____ am _____ am _____

Krankheitsbezeichnung (bitte unbedingt angeben!)

Es sind folgende Einzelleistungen (Beratung, Untersuchung, Verband usw.) während der Behandlung erbracht worden (genaue Angaben erleichtern die Berechnung des Zuschusses)

Eine private Auslandsreise Krankenversicherung wurde abgeschlossen

- ja, bei Barmenia ja, bei sonstiger Versicherung nein

Bitte zurück an: DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen

Mitglied	,	geb.:	
Familienangehörige/r	,	geb.:	
Adresse	,		
Für Rückfragen tagsüber telefonisch erreichbar unter:			

Art der Erkrankung (Diagnose/n): Urlaubsland:
--

folgende Leistung wurde in Anspruch genommen *)	vom Versicherten auszufüllen	von der BERGISCHEN Krankenkasse auszufüllen	
		EBM-Nr.	Punktzahl
1. Ärztliche Behandlung	Behandlungsdatum		
Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung durchgeführt wurde, bei der auch kleinere Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. Blutentnahme, Anlegen eines kleinen Verbandes oder die Verabreichung einer Spritze notwendig waren.)			
Untersuchung und Beratung zwischen 20.00 und 8.00 Uhr oder an Wochenenden (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Sie den Arzt während der angegebenen Zeiten in seiner Praxis aufgesucht haben)			
Hausbesuch des Arztes (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Sie der Arzt in Ihrem Hotel/Ihrer Unterkunft aufgesucht hat. Geben Sie bitte auch an, ob Sie der Arzt zwischen 20.00 und 8.00 Uhr aufgesucht hat.)	zwischen 20 und 8 Uhr <input type="checkbox"/>		
Eingehende vollständige körperliche Untersuchung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn über die allgemeine Untersuchung und Beratung hinaus ein Befund über den körperlichen Gesamtzustand des Patienten erhoben wurde.)			
Anlegen eines Verbandes (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an, an welcher der Verband angelegt wurde – z.B. Hand-, Knie- oder Fußgelenk)			
Anlegen eines fixierenden Verbandes (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Ihnen ein unelastischer Verband- wie z.B. ein Gipsverband oder ein harter Kunststoffverband- angelegt wurde. Bitte geben Sie die genaue Körperregion – z.B. Hand-, Knie- oder Fußgelenk an.)			
Blutentnahmen			
Laboruntersuchung			
Injektionen			
Infusion			
Wundversorgung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine Wunde genäht oder geklammert werden musste. Geben Sie bitte an, falls ein Fremdkörper aus der Wunde zu entfernen war.)			
Röntgenaufnahmen (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an – z.B. „re. Oberarm“ „li. Hand“ „re. Fußgelenk“)			
Sonstige ärztliche Leistungen (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn weitere ärztliche Leistungen, wie z.B. Ultraschall oder EKG erforderlich waren. Geben Sie bitte an, um welche Leistung es sich gehandelt hat.)			
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte fügen Sie die Original-Rechnung bei.)			

2. Zahnärztliche Behandlung	Behandlungsdatum	BEMA-Z-Nr.	Bewertungszahl
Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erforderlich war.)			
Untersuchung und Beratung zwischen 20:00 und 8:00 Uhr oder an Wochenenden (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Sie den Arzt während der angegebenen Zeiten in seiner Praxis aufgesucht haben.)			
Röntgen (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn zur Diagnostik der Zahnerkrankung eine Röntgenaufnahme des Gebisses erforderlich war.)			
Füllung (Sollte eine Füllung für mehrere Zähne erforderlich gewesen sein, geben Sie bitte die Anzahl der Zähne an.)			
Zahn ziehen (Sollten mehrere Zähne gezogen worden sein, geben Sie bitte die Anzahl der Zähne an.)			
Medizinische Behandlung von Schleimhauterkrankungen			
Sonstige zahnärztliche Leistungen			
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte fügen Sie die Original-Rechnung bei.)			

3. Arznei-, Verband- und Heilmittel	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag/Währung
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte Original-Rechnungsbeleg, Verordnung sowie bei Arzneimitteln den Beipackzettel beifügen.)		

Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

Kreditinstitut:	Kontoinhaber:
IBAN:	BIC:
Datum:	Unterschrift:

Ich habe meine Krankenversicherungskarte (EHIC) vorgelegt
Die Karte ist akzeptiert worden

ja nein
 ja nein

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

Datum

Unterschrift des Versicherten

Telefon (tagsüber)