

Rückantwort

KNAPPSCHAFT
 Kranken- und Pflegeversicherung

45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Versicherten

Name des Familienangehörigen

Antrag auf Kostenerstattung für im Ausland selbst bezahlte Sachleistungen

Für eine Erstattung der während Ihres vorübergehenden Auslandsaufenthaltes entstandenen Behandlungskosten benötigen wir noch weitere Informationen. Mit Ihren Angaben können Sie dazu beitragen, Übersetzungen der von Ihnen eingereichten fremdsprachigen Belege möglichst zu vermeiden. Müssen wir dennoch Unterlagen übersetzen lassen, kann dies leider einige Zeit dauern. Hierfür bitten wir bereits jetzt um Ihr Verständnis. Weitere Informationen zur Kostenerstattung finden Sie im dazugehörigen Merkblatt.

Für jede behandelte Person bitten wir einen eigenen Fragebogen auszufüllen.

Unter www.knappschaft.de/service können Sie den Fragebogen sowie die Rechnungen und Quittungen bequem und portosparend einreichen. Für Ihre Mitwirkung bedanken wir uns im Voraus.

Allgemeine Angaben

1. Auslandsaufenthalt in: _____ (Land)
 vom

--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--
2. Reisegrund: privat beruflich gezielte Behandlung
3. Liegt ein Arbeitsunfall vor?
 ja nein
 (Arbeitsunfall liegt vor, wenn Sie einen Unfall auf der Arbeitsstelle oder auf dem Arbeitsweg erlitten haben)
4. Haben Sie eine private Auslandskrankenversicherung (z. B. ADAC, DKV, ERGO etc)?
 ja nein
 Wenn ja:
 - 4a. Haben Sie einen Antrag auf Kostenerstattung bei Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen gestellt?
 ja, am

--	--	--	--	--	--	--	--

 nein
 - 4.b Haben Sie bereits Leistungen aus dem privaten Versicherungsvertrag erhalten?
 nein, der Antrag wurde abgelehnt
 ja _____ Euro
 nein, der Antrag läuft noch

4c. Benötigen Sie Rechnungskopien für Ihre private Krankenversicherung?

ja nein

Angaben zur Behandlung

Ärztliche/Zahnärztliche Behandlung

Datum	Feiertag oder Wochenende?	Arzt in der Praxis aufgesucht		Besuch des Arztes im Hotel/Wohnung etc.	
Tag/Monat/Jahr	Ja/Nein	innerhalb außerhalb der Sprechstunde	Uhrzeit	ja	Uhrzeit

Diagnose _____

(bitte angeben)

1. Ärztliche Leistungen

- Versorgung einer Wunde mit/ohne Naht (z. B. Verbrennung, Platz-, Quetsch-, Schürfwunde, Bisswunde)
- Röntgen
- EKG
- Labor (z. B. Blut, Urin)
- Sonstiges (z. B. Impfung, MRT, Verband): _____

2. Zahnärztliche Leistungen

Bitte schildern Sie kurz den Ablauf der zahnärztlichen Behandlung und kreuzen Sie anschließend die in Anspruch genommenen Leistungen an.

- allgemeine Untersuchung
- Röntgenaufnahmen Anzahl: _____
- Zahnfüllung Anzahl: _____
- Injektion

- Entfernung eines Zahnes/mehrerer Zähne
- Wurzelaufbereitung mit medicin. Einlage

Bitte Zahnregion auswählen

- Oberkiefer
 - links rechts
 - Front- Seiten-
 - Backenzahnbereich
- Unterkiefer
 - links rechts
 - Front- Seiten-
 - Backenzahnbereich

