

# Behandlungen im Ausland – Antrag auf Kostenerstattung

## 1 Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Versichertennummer	Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

## 2 Angaben zur Behandlung

Krankheitsbezeichnung/Diagnose
Urlaubsland

### Behandlungsart:

- Medizinisch sofort notwendige Behandlung (Notfallbehandlung)  
**Erstattung im Rahmen**  deutscher Honorar- und Vergütungssätze  der Vertragssätze des Aufenthaltsstaates  
 Geplante Behandlung (Hinweis: Eine Erstattung kann nur im Rahmen deutscher Honorar- und Vergütungssätze erfolgen.)

### Private Zusatzversicherung (für Auslandsreisen):

Ja  Nein bei

### Ärztliche/zahnärztliche Behandlung

Facharzt:  Ja  Nein Fachrichtung

Ort	Datum	Uhrzeit	Anzahl der Behandlungen
-----	-------	---------	-------------------------

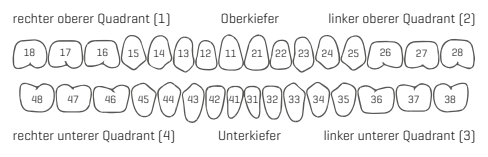
### Art der Behandlung

Untersuchung (inkl. Beratung und Diagnose): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zusätzliche Kontrolluntersuchung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Beratung (ohne Untersuchung): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl
Haus-/Hotelbesuch: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Datum		Uhrzeit	
Injektion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Infusion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Örtliche Betäubung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl
Wundversorgung mit Naht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Fixierender Verband (Gips): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Körperteil		
Röntgen, MRT, CT, Sonographie, Sonstiges: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Untersuchungsart/Anzahl				

### Zusätzliche Angaben bei zahnärztlicher Behandlung

Zahnfüllung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zahn	
Umfang der Zahnfüllung: <input type="checkbox"/> Klein <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Groß			
Entfernung einer/s Krone/Brücke/Wurzelstifts: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zahn	
Extraktion eines Zahnes: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zahn	
Anfertigung einer provisorischen Krone: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zahn	
Wiederbefestigung einer Krone/Brücke: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zahn	
Wurzelkanalaufbereitung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zahn	Kanäle
Wurzelkanalfüllung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl	Zahn	Kanäle

### Zahnschema eines Erwachsenen:



Vitalitätsprüfung (Kältetest): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl
Beseitigung scharfer Kanten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl
Zahnsteinentfernung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl
Medikamentöse Einlage(n): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl
Lokale Behandlung der Schleimhaut: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl

**Arzneimittel:**

Name der/des Arzneimittel[s]

**Heilmittel:**

Massage  Krankengymnastik  Sonstiges weitere Heilmittel

**Hilfsmittel:**

Name der/des Hilfsmittel[s]

**Stationäre Krankenhausbehandlung:**

von bis Operationsart

**Transportkosten** (bitte ärztliche Verordnung beifügen):

Zur stationären Behandlung  Zur ambulanten Behandlung

von bis km

Transportmittel

**Sonstiges/Beschreibung der Behandlung:**

**3 Bankverbindung**

Name, Vorname Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

**IBAN**

Durch die Unterschrift wird bestätigt, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen.

Datum Ort

Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweis:**

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

**Heimat Krankenkasse**

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

**Bitte beachten Sie:**

- ▶ Bitte reichen Sie uns zusammen mit dem Antrag Ihre Rechnungsunterlagen ein.
- ▶ Die Erstattung erfolgt ausschließlich direkt an Sie. Eine Erstattung an Dritte, z. B. an Arbeitgeber oder private Krankenversicherungen, ist nicht möglich.



**Bitte zurücksenden an:**

Heimat Krankenkasse  
Team Forderungen  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld