

**Antrag auf Kostenerstattung für im Ausland selbstbeschaffte Sachleistungen
(Ärztliche Behandlung)**

Angaben des Versicherten:

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift	Versichertennummer
Land, in dem die Leistungen in Anspruch genommen wurden	Telefonnummer (für Rückfragen)

Art der Erkrankung (Diagnose):

.....

.....

Hinweis:

Bitte geben Sie auf dem beiliegenden Formular an, welche Leistungen Sie im Ausland in Anspruch genommen haben. Soweit bei Ihnen eine der in der ersten Spalte angegebenen ärztlichen Behandlungen durchgeführt wurden, geben Sie bitte in der zweiten Spalte den Behandlungstag und die Anzahl der Behandlungen an.

Aufgrund Ihrer Angaben ermitteln wir den Ihnen zustehenden Erstattungsbetrag. Dieser wird von uns auf ihr Konto überwiesen. Geben Sie uns hierfür bitte nachfolgend Ihre aktuelle Bankverbindung an:

Name des Kreditinstitutes:	
.....	
BIC:	IBAN:
Kontoinhaber (falls nicht identisch mit dem Versicherten):	Name, Vorname:

Haben Sie dem behandelnden Arzt einen Auslandskrankenschein gegeben (z. B. EHIC / TA 11 / TN-A11) über den er mit uns abrechnet?

Ja Nein

Verfügen Sie über eine private Auslandsreise-Zusatzversicherung?

Ja Nein

Mit einer Erstattung nach deutschen Sätzen bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift des Versicherten
-------	-------------------------------

<p><small>Die Angaben sind zu unserer rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Sie sind nach den Vorschriften des Ersten und Fünften Sozialgesetzbuches zur Auskunft verpflichtet. Die Nichtbeantwortung kann für Sie mit Nachteilen verbunden sein. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Angabe einer Telefonnummer ist freiwillig.</small></p>
--

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz

**Bitte ausfüllen und zusammen mit dem Antrag auf Kostenerstattung zurück an die
Novitas BKK**

Folgende Leistungen wurden in Anspruch genommen ¹	Vom Versicherten auszufüllen	Von der Novitas BKK direkt auszufüllen	
	Behandlungstag/e Anzahl Behandl.	EBM-Nr.	Punktzahl ²
1. Ärztliche Behandlung			
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)		03001 bis 4 J 03002 bis 18 J 03003 bis 54 J 03004 bis 75 J 03005 ab 76 J	236 150 122 157 210 ³
Untersuchung und Beratung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr oder an Wochenenden zwischen 07:00 und 19:00		01100	196
Untersuchung und Beratung zwischen 22.00 und 7.00 Uhr oder an Wochenenden zwischen 19:00 und 07:00 (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Sie den Arzt während der angegebenen Zeiten in seiner Praxis aufgesucht haben)		01101	313
Fand die Behandlung während der <u>Sprechstunde</u> des Arztes im Hotel statt?		Ja	nein
Besuch des Arztes (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Sie der Arzt in Ihrem Hotel aufgesucht hat. Geben Sie bitte auch an, ob Sie der Arzt zwischen 22.00 und 7.00 Uhr aufgesucht hat)		01410 01411 ⁴ 01412 ⁵	212 469 626
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 fixierenden Verbandes (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn Ihnen ein unelastischer Verband - wie z.B. ein Gipsverband o. ein harter Kunststoffverband - angelegt wurde. Bitte geben Sie die genaue Körperregion - z.B. Hand- Knie oder Fußgelenk an.)		02350 ⁶	106
Laboruntersuchung (bitte einzeln auflisten)		ab 32005	
Injektionen (intraarteriell)		02331	74
Infusionen		02100	57
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)			
a) primäre Wundversorgung b) primäre Wundversorgung mit Naht (Klammer...)		02300 02301	57 129
Röntgenaufnahmen (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an - z.B. re. Oberarm, li. Hand, re. Fußgelenk)			
a) Hand (Finger, Mittelhand, Handgelenk, ganze Hand), Fuß (Zehe, Mittelfuß, Sprunggel.) b) Oberschenkel, Unterschenkel, Kniescheibe, Ellenbogengelenk, Kniegelenk c) Kopf		34232 34233 34230	106 106 78
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 Rechnung bei)		Gesamtpunktzahl	
2. Arznei-, Verband- und Heilmittel			
Rechnungsbetrag in Fremdwährung (Bitte Rechnungsbeleg und ärztliche Verordnung beifügen)			

¹ Die Leistungen werden nach Inlandssätzen max. bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten erstattet. Wir sind verpflichtet, die nach dem SGB V geltenden Festbeträge und Eigenbeteiligungen zu berücksichtigen.

² Soweit möglich sind die Punktzahlen vorgegeben. Die nicht zutreffende Punktzahlen sind zu streichen.

³ Für Arztbesuche aufgrund von Überweisungen gelten abweichende Gebührensätze..

⁴ Die EBM-Ziffer 01411 ist anzusetzen, falls der Besuch zwischen 19.00 Uhr und 22.00 Uhr erforderlich war.

⁵ Die EBM-Ziffer 01412 ist anzusetzen, falls der Besuch zwischen 22.00 Uhr und 7.00 Uhr erforderlich war.

⁶ Unelastischer Verband (z.B. Gips) unter Einschluss von mind. 1 großen Gelenkes.