

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

**Angaben des Versicherten:**

<b>Name, Vorname des Versicherten</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>KV-Nummer</b>
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

**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](http://novitas-bkk.de/datenschutz)

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

Folgende Leistungen wurden in Anspruch genommen	Vom Versicherten auszufüllen	Von der BKK auszufüllen	
		Behandlungstag/e Anzahl Behandl.	BEMA-Z-Nr.
<b>1. Zahnärztliche Behandlung</b>			
Untersuchung, Beratung (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erforderlich war)		01	18
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)		03	15
Röntgen (Dieses Feld ist auszufüllen, wenn zur Diagnostik der Zahnerkrankung eine Röntgenaufnahme des Gebisses erforderlich war)		Ä 925 <sup>1</sup>	12
Füllung (Sollte eine Füllung für mehrere Zähne erforderlich gewesen sein, geben Sie bitte die Anzahl der Zähne an) ..... Zähne		13 <sup>2</sup>	F1 32 F2 39 F3 49 F4 58
Zahn ziehen (Sollten mehrere Zähne gezogen worden sein, geben Sie bitte die Anzahl der gezogenen Zähne an) ..... Zähne		43 <sup>3</sup>	10
Medizinische Behandlung von Schleimhauterkrankungen		105	8
Sonstige zahnärztliche Leistungen			
Anästhesie (Betäubung) a) Vereisung b) Spritze		gestrichen 40	8
Wurzelkanalfüllung komplett • 2 Röntgenaufnahmen (vorher/nachher) • 1 Aufbereiten des Wurzelkanals • Medikamentöse Einlage • 1 Wurzelfüllung (an einem Zahn können bis zu 3 Wurzelkanalfüllungen anfallen) • Füllung		2 x 925 a 32 34 35 13b	24 29 15 17 39
Entfernen einer Krone		23	17
Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder		106	10
Entfernen harter Zahnbeläge		107	16
Sonstiges: .....			
Rechnungsbetrag in Fremdwährung ..... (Bitte fügen Sie die Rechnung bei)		<b>Gesamtbe- wertungszahl</b>	
		<b>Füllungs- zuschlag</b>	

<b>2. Arznei-, Verband- und Heilmittel<sup>4</sup></b>
Rechnungsbetrag in Fremdwährung ..... (Bitte Rechnungsbeleg und ärztliche Verordnung beifügen)

<sup>1</sup> Bis zu 2 Aufnahmen Bew.-Zahl 12, bis zu 5 Aufnahmen Bew.-Zahl 19, bis zu 8 Aufnahmen Bew.-Zahl 27, Status bei mehr als 8 Aufnahmen Bew.-Zahl 34.

<sup>2</sup> Einflächige Füllung Bew.-Zahl 32, zweiflächige Füllung Bew.-Zahl 39, dreiflächige Füllung Bew.-Zahl 49, mehr als dreiflächige Füllung Bew.-Zahl 58.

<sup>3</sup> Frontzähne, OK 5, UK 4 u. 5 BEMA-Z-Nr. 43 (Bew.-Zahl 10). Übrige Zähne BEMA-Z-Nr. 44 (Bew.-Zahl 15). Entfernen eines tieffraktureierten Zahnes BEMA-Z-Nr. 45 (Bew.-Zahl 40).

<sup>4</sup> Arznei-, Verband- und Heilmittel werden unter Beachtung der geltenden Festbetrags- u. Zuzahlungsregelungen erstattet.