

## Fragebogen zu Ihrer Behandlung im Ausland

während Ihres Auslandsaufenthalts wurde eine ärztliche Behandlung erforderlich. Um Ihre Rechnungen zeitnah bearbeiten und die Höhe der Kostenerstattung korrekt festlegen zu können, benötigen wir Ihre Hilfe.

Erstatten können wir Ihnen die für die Behandlung geltenden Vertragssätze. Hierzu benötigen wir vergleichbare Gebührensätze, die wir nur ermitteln können, wenn Sie uns nähere Hinweise zur durchgeführten Behandlung geben.

Wir bitten Sie daher, uns die einzelnen Behandlungsmaßnahmen auf dem beigefügten Fragebogen möglichst genau zu erläutern. Je konkreter Ihre Angaben erfolgen, desto eher ist uns eine Zuordnung zu den erstattungsfähigen Gebührensätzen möglich.

Bitte fügen Sie die Original-Belege / Rechnungen und Quittungen bei. Sollte die Rechnung nicht in deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein, so fügen Sie bitte möglichst eine Übersetzung bei.

Sofern wir Kopien der Belege an eine Zusatzversicherung weiterleiten sollen, so geben Sie bitte deren Anschrift und Ihre dortige Versicherungsnummer an.

Wir danken im Voraus für Ihre Unterstützung und fügen einen Antwortumschlag bei. Wenn Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern.

Anlage

**Behandlung während eines Auslandsaufenthalts**  
- Kostenerstattung -

Deutsche Post 

ANTWORT

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
30125 Hannover

**Wer wurde behandelt?**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Servicezeichen: \_\_\_\_\_

**Wo und in welchem Zusammenhang erfolgte die Behandlung?**

Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

auf dem Schiff (Kreuzfahrt) Es fuhr unter der Flagge: \_\_\_\_\_

Notfall  zum Zwecke der Behandlung  Beschäftigung im Ausland

**Welche Erkrankung wurde behandelt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erfolgte die Behandlung aufgrund von Unfallfolgen bzw. Reisemängeln?  Ja  Nein

Angabe der genauen Ursache: \_\_\_\_\_

Behandlung in Arztpraxis vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

ambulante Krankenhausbehandlung vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

stationäre Krankenhausbehandlung vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Sind im Zusammenhang mit der stationären Krankenhausbehandlung Fahr-/Transportkosten entstanden?

Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel verordnet?

Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es sind Gesamtkosten in Höhe von \_\_\_\_\_ = ca. \_\_\_\_\_ € entstanden.  
(ausl. Währung)

Ich habe bei nachfolgend aufgeführter Versicherung eine zusätzliche Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen.

Bitte senden Sie die Kopie der eingereichten Rechnung mit Erstattungsvermerk der KKH direkt dorthin, wenn sich ein Differenzbetrag ergibt, der noch erstattet werden kann:

Name und **genaue, vollständige** Anschrift der Versicherung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Auslandsreise-Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

**- bitte wenden -**

## Erläuterung zur Behandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen  
 und ggf. ergänzen.

### Welche Fachärzte wurden aufgesucht?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt, Internist (a)<br><input type="checkbox"/> Chirurg (b)<br><input type="checkbox"/> Hals-, Nasen-, Ohrenarzt (c)<br><input type="checkbox"/> Orthopäde (d) | <input type="checkbox"/> Augenarzt (e)<br><input type="checkbox"/> Frauenarzt (f)<br><input type="checkbox"/> Kinderarzt (g)<br><input type="checkbox"/> sonstiger Arzt (h) _____<br><small>(Fachgruppe bitte eintragen)</small> |
|--|--|

### Wie oft wurde ein Arzt in Anspruch genommen? (regelmäßige Arzt-Sprechzeiten in Hotels sind keine Hausbesuche)

Bitte tragen Sie in dieser Tabelle die Anzahl der Beratungen/Hausbesuche ein.

| Arzt | Beratung | Beratung zwischen<br>20.00 Uhr und<br>8.00 Uhr | Beratung an<br>Samstagen,<br>Sonntagen,<br>Feiertagen | Hausbesuche | Hausbesuche<br>zwischen<br>20.00 Uhr und<br>8.00 Uhr | Hausbesuche an<br>Samstagen,<br>Sonntagen,<br>Feiertagen |
|------|----------|--|---|-------------|--|--|
| (a)  |          |  |   |             |  |  |
| (b)  |          |  |   |             |  |  |
| (c)  |          |  |   |             |  |  |
| (d)  |          |  |   |             |  |  |
| (e)  |          |  |   |             |  |  |
| (f)  |          |  |   |             |  |  |
| (g)  |          |  |   |             |  |  |
| (h)  |          |  |   |             |  |  |

### Welche ärztlichen Leistungen wurden erbracht?

- Versorgen/nähen einer großen Wunde
- Röntgenaufnahmen (Anzahl: \_\_\_\_\_) Was wurde geröntgt? \_\_\_\_\_
- fixierender Verband mit Verbrauchsmaterial (Gips, Tape o.ä.).
- Infusion (nicht Injektion) von z.B. Kochsalzlösung (Anzahl: \_\_\_\_\_)
- EKG (Ruhe / Belastung ( nicht zutreffendes bitte streichen ) sonstige
- ärztliche Maßnahmen

---



---



---

### Auf welche Bankverbindung dürfen wir eine Erstattung vornehmen?

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
 Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Antrag vollständig und korrekt ausgefüllt habe und füge entsprechende Original-Belege/Rechnungen und ggf. Verordnungsblätter und Quittungen bei.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der/des Versicherten

- Ja, ich willige ein, dass die KKH mich zukünftig über KKH Produkte und Services sowie private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners informiert und mich für Kundenbefragungen kontaktiert. Dies erfolgt per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS. Zu diesen Zwecken darf die KKH die von mir angegebenen Daten speichern, verarbeiten und nutzen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.