

Fragebogen zu Ihrer zahnärztlichen Behandlung im Ausland

während Ihres Auslandsaufenthalts wurde eine zahnärztliche 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, 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

zahnärztliche Behandlung während eines Auslandsaufenthalts
- Kostenerstattung -

Deutsche Post 
ANTWORT

Wer wurde behandelt?

Name: _____ geb. am _____

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

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

Angabe der genauen Ursache: _____

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.: _____

Für evtl. Rückfragen bitte Angabe der Tel.-Nr. _____

E-Mail _____

Hinweis:

Die Angabe Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung unserer Aufgaben nach § 284 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit §§ 60 SGB I und 21 SGB X erforderlich. Die Angabe der Telefonnummer sowie der E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Wurden Arzneimittel verordnet?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

- bitte wenden -

Welche zahnärztlichen Leistungen wurden erbracht und wann?

Untersuchungen am: _____, davon nachts/ an Sonn-/Feiertagen: _____ mal

Welche Zähne wurden behandelt? Was wurde an welchem Zahn gemacht?

Oberkiefer rechts 1											Oberkiefer links 2							
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		

48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38		
Unterkiefer rechts 4								Unterkiefer links 3										

(Erläuterung: z. B. ist der rechte Eckzahn der Zahn 13 oder der Zahn 38 der linke untere Weisheitszahn)

- Röntgenaufnahmen: Anzahl der Aufnahmen _____, was wurde geröntgt _____
- Betäubung: im Ober- oder Unterkiefer _____, ggf. Anzahl _____
- Wurzelbehandlung: an welchem Zahn _____
- Auftragen einer Mundsalbe _____
- Füllung von Zähnen: welche Zähne _____
- Zähne wurden gezogen: welche _____
- Reparatur an herausnehmbaren Zahnersatz: mit / ohne Abdruck
im Oberkiefer / Unterkiefer _____
- es wurden folgende Zähne an der Prothese wieder befestigt:
ggf. Anzahl _____
- es wurden Druckstellen entfernt _____
- es wurden folgende Kronen / Brücken (festsitzender Zahnersatz) entfernt:
wieder befestigt: _____
- sonstige zahnärztliche Behandlungen _____

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

Auf welche Bankverbindung dürfen wir eine Erstattung vornehmen?

Bankverbindung: _____

Kreditinstitut: _____

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 des / der Versicherten

Ich interessiere mich für Zusatzversicherung der Kooperationspartner der KKH. Die KKH kann mich per Telefon, E-Mail oder SMS über KKH MeinPlus informieren.