

Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20905 Hamburg

Behandlung im Ausland

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Allgemeine Angaben

Rechnung/en für
Vorname Nachname der/des Versicherten

Geburtsdatum Versichertennummer

Reiseland

Grund der Reise ☐ privat ☐ beruflich ☐ gezielte Behandlung

Bitte denken Sie an die Angaben zur Erkrankung bzw. zur Diagnose.

Art der Erkrankung/Diagnose

Die Behandlung erfolgte aufgrund eines Unfalls am
Tag Monat Jahr

Es handelt sich um einen ☐ Arbeitsunfall. ☐ Unfall mit Fremdverschulden.

z. B. Badeunfall, Sportunfall

Angaben zur ärztlichen Behandlung

Bitte teilen Sie uns mit, welche Leistungen beansprucht und abgerechnet wurden.

☐ Beratung bzw. Behandlung durch eine Ärztin bzw. durch einen Arzt

am um : Uhr
Tag Monat Jahr

Bitte tragen Sie die ungefähre Behandlungszeit ein.

Fachrichtung der Ärztin/des Arztes

☐ Weiterbehandlung durch eine andere Ärztin bzw. durch einen anderen Arzt

z. B. Überweisung an eine Facharztpraxis

am um : Uhr
Tag Monat Jahr

Fachrichtung der Ärztin/des Arztes

Angaben zu Untersuchungen bzw. Behandlungen

☐ Röntgenuntersuchung/en Anzahl

Körperteil/e

z. B. Knie, Arm

☐ Ultraschalluntersuchung/en bzw. Sonographie/n Anzahl

Körperteil/e

Weitere Behandlungen

☐ Wundversorgung

Art der Wunde

☐ Gipsverband

☐ Schiene

☐ Naht

☐ Klammer

☐ Injektion/Impfung

Injektion/Impfung für bzw. gegen

z. B. Verbrennung, Platz-, Quetsch-,
Schürfwunde, Bisswunde

Teilen Sie uns bitte mit, wie die Wunde
versorgt wurde.

Angaben zu zahnärztlicher Behandlung und Zahnersatz

☐ zahnärztliche Behandlung

☐ Zahnersatz

☐ Füllungen

☐ Kronen

☐ Wurzelbehandlungen

☐ Brücken

☐ Entfernung von Zähnen

☐ Prothesen

Behandelte/r Zähne/Zahn

☐ Der Zahnersatz wurde ausgebessert.

Falls Sie Zahnersatz erhalten haben, senden
Sie uns bitte eine Kopie des Bonushefts.

Reparatur von Zahnersatz

Weitere ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlungen

Sollte der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie
bitte ein separates Blatt.

Angaben zu Heilmitteln

☐ Massagen

Anzahl

☐ Krankengymnastik

Anzahl

☐ Fango

Anzahl

☐ _____
Bezeichnung des Heilmittels

Anzahl

z. B. Inhalation, Lymphdrainage

Angaben zu Hilfsmitteln

Bezeichnung des Hilfsmittels

Nennen Sie uns bitte die Hilfsmittel, die Sie
erhalten haben, z. B. Rollstuhl, Gehstützen.

Angaben zu Arznei- oder Verbandmittel-Verordnungen

Folgende/s Arzneimittel bzw. Verbandmittel wurde/n verordnet:

Name des Arzneimittels

Name des Arzneimittels

Art des Verbandmittels

Nennen Sie uns bitte auch die Dosierung,
z. B. 3 Mal täglich für 1 Woche.

Teilen Sie uns bitte auch die Anzahl der
bezogenen Verbandmittel mit, z. B. 15 Kom-
pressen.

Angaben zu einer stationären Behandlung

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Aufnahme- bzw. Entlassungstag

Angaben zu Fahrkosten

Die Fahrt erfolgte zur ☐ ambulanten Behandlung. ☐ stationären Behandlung.

Verkehrsmittel

z. B. Krankenwagen, Rettungshubschrauber

Startadresse

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Zieladresse

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Die Strecke für die Hin- und Rückfahrt betrug insgesamt _____ km

Angaben zu den Erstattungssätzen

☐ Bitte erstatten Sie mir den Betrag in Höhe der **deutschen** Vertragssätze.

☐ Bitte erstatten Sie mir den Betrag in Höhe der **ausländischen** Vertragssätze.

Da deutsche Vertragssätze in der Regel
höher als ausländische Vertragssätze sind,
entfällt eine Anfrage an den ausländischen
Träger. So kann der Antrag schnell bearbeitet
werden.

**Für Rechnungen aus Abkommensstaaten
(z. B. Türkei) über 1.000 EUR:** Es werden
immer die ausländischen Vertragssätze
erstattet.

Angaben zu Rechnungskopien

☐ Senden Sie mir bitte eine Rechnungskopie für meine Zusatzversicherung.

