

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.

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

|D, E, _____|
IBAN

Bankverbindung im Ausland

|_____|
Bankname

|_____|
IBAN

|_____|
BIC

Ich bin der/die Kontoinhaber/in ja nein

|_____|
Abweichende/r Kontoinhaber/in

Angaben für Rückfragen

|_____| freiwillige Angabe
Telefon

|_____| freiwillige Angabe
E-Mail

<Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)>

<Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.>

<Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen.> Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V i. V. m. § 60 SGB I und § 21 SGB X.

