

**BKK24**  
Hauptverwaltung  
31681 Obernkirchen

Nutzen Sie gerne unsere Online-Geschäftsstelle, auch über die App „Meine BKK24“, um uns den Antrag zukommen zu lassen. Alternativ können Sie diesen auch per Post oder E-Mail an uns zurück senden.



Online-Geschäftsstelle  
oder App „Meine BKK24“



info@bkk24.de

## ANTRAG AUF ERSTATTUNG MEDIZINISCHER LEISTUNGEN IM AUSLAND

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden es an uns zurück!

### 1. Persönliche Angaben

Name/Vorname

Straße/Nummer

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

### 2. Allgemeine Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen/ausfüllen)

Aufenthalt in  
(Land)

Tatsächlicher Aus-  
landsaufenthalt vom

bis

Haben Sie eine Kreuzfahrt gemacht?

ja

nein

Falls ja, unter welcher Flagge ist das Schiff gefahren:

Ist die Erkrankung auf einen Unfall zurückzuführen?

ja

nein

Handelt es sich um eine akute Erkrankung?

ja

nein

Waren Sie beruflich im Ausland unterwegs?

ja

nein

Haben Sie sich zur Behandlung ins Ausland begeben?

ja

nein

### 3. Fragen zur Behandlung

Während des Aufenthalts wurde folgende ärztliche/zahnärztliche/stationäre Behandlung durchgeführt:

Behandlungszeit-  
raum im Ausland vom

bis

Die entstandenen Kosten in Höhe von

(Angabe in Landeswährung) wurden von mir bezahlt.

Haben Sie dem Arzt Ihren Anspruchsnachweis (z. B. Versichertenkarte, Auslandskrankenschein) vorgelegt?

ja

nein

Ich habe eine Private Auslandsversicherung?

ja

nein

Handelt es sich um ein Ski-/Sportunfall? (möglichst genaue Beschreibung auf der Folgeseite)

ja

nein

Art der Erkrankung bzw. Verletzung? (möglichst genaue Beschreibung auf der Folgeseite)

ja

nein

Handelt es sich um ein Ski-/Sportunfall?  ja  nein

Handelt es sich um eine Bergrettung?  ja  nein

Handelt es sich um eine Flugrettung?  ja  nein

#### 4. Die Behandlung erfolgte:

im Krankenhaus  ja  nein

in der Praxis des Arztes  ja  nein

in der Wohnung/Unterkunft des Versicherten  ja  nein

#### 5. Ausgeführte ärztliche/stationäre Behandlung:

a) Untersuchung/Beratung am: 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 um: 

			:		
--	--	--	---	--	--

 Uhr (Uhrzeit, wenn außerhalb der Sprechstunde)

b) Röntgen / Ultraschall am: 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bitte Körperteil angeben: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c) Injektion/Infusion am: 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

d) Verband einer kleinen/größeren Wunde am: 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

e) Sonstige Verrichtungen des Arztes am:  
(bitte möglichst genau beschreiben) 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

f) Stationäre Behandlung vom: 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

  
(folgende Maßnahmen sind während der stationären Behandlung durchgeführt worden):

g) Zahnärztliche Behandlung am: 

T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J

h) Röntgen am :

i) Behandelte Zähne/Art der Behandlung:

j) Zahnersatz am: 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

  
Wurde der Zahnersatz vorher beantragt?  ja  nein

Behandelte Zähne und Art des Zahnersatzes:

