



Anspruch auf eine geplante Behandlung

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird bescheinigt, dass Sie Anspruch auf eine bestimmte medizinische Behandlung im Ausland haben. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Staats vorlegen, in dem die Behandlung durchgeführt wird, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind.

Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den nationalen Erstattungssätzen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

- | | |
|---|--------------------|
| 1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat | |
| 1.2 Nachname | |
| 1.3 Vorname(n) | |
| 1.4 Geburtsname (**) | |
| 1.5 Geburtsdatum | |
| 1.6 Aktuelle Anschrift | |
| 1.6.1 Straße, Nr. | 1.6.3 Postleitzahl |
| 1.6.2 Ort | 1.6.4 Ländercode |

2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| 2.1 Behandlung | |
| | |
| | |
| | |
| 2.2 Ort der Behandlung | |
| | |
| | |
| 2.3 Voraussichtliche Behandlungsdauer | |
| 2.3.1 Beginn | 2.3.2 Ende |

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, 27 und 36, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26 und 33.

(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

S2



Anspruch auf eine geplante Behandlung

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl

3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL