



# Antrag auf vorherige Genehmigung einer Auslandsüberweisung

Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Vorname	<input type="text"/>			
Adresse	<input type="text"/>			
Zuständige Krankenkasse	<input type="text"/>			
Name des überweisenden Arztes	<input type="text"/>			
Arzt-Code	<input type="text"/>			

Handelt es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles  Ja Unfallnummer U  /   
 Nein

\* 1) Name, Adresse und genaue Bezeichnung des Leistungsbringers der die Behandlung im Ausland durchführt

.....  
 .....

\* 2) Ausführliche Diagnose mittels ICD10/CIM10 Kodierung

3) Angabe der medizinischen Ausrüstung und der hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur, welche im Laufe der Behandlung des Versicherten angewendet werden

.....  
 .....

4) Begründete Fakten und Ziele, welche eine Überweisung rechtfertigen ( medizinischer Bericht im Anhang)

.....  
 .....

\* Die mit Asteriskus \* markierten Felder müssen ausgefüllt werden.

\* Name und Vorname ..... Sozialversicherungsnummer .....

- | * 5) Art der Behandlung   | Voraussichtliches Anfangsdatum | * Voraussichtliche Dauer  |
|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sprechstunde   | .....                          | <input type="checkbox"/> Tag(e) <input type="checkbox"/> Woche(n) <input type="checkbox"/> Monat(e) |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Untersuchung<br>(medizinische Bildung, Biologie, Elektrophysiologie, usw.) | .....                          | <input type="checkbox"/> Tag(e) <input type="checkbox"/> Woche(n) <input type="checkbox"/> Monat(e) |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung   | .....                          | <input type="checkbox"/> Tag(e) <input type="checkbox"/> Woche(n) <input type="checkbox"/> Monat(e) |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung  | .....                          | <input type="checkbox"/> Tag(e) <input type="checkbox"/> Woche(n) <input type="checkbox"/> Monat(e) |
| <input type="checkbox"/> Thermalkur   | .....                          | <input type="checkbox"/> Tag(e) <input type="checkbox"/> Woche(n) <input type="checkbox"/> Monat(e) |
| <input type="checkbox"/> Genesungskur   | .....                          | <input type="checkbox"/> Tag(e) <input type="checkbox"/> Woche(n) <input type="checkbox"/> Monat(e) |

**6) Transportmittel** (Falls die Fortbewegung mit dem öffentlichen Transport medizinisch kontraindiziert ist)

Serientransport (Bitte füllen Sie das spezielle Formular aus)

per Ambulanz für die Hinreise (liegende oder unbewegliche Position)

Begründung

per Flug für die Hinreise

<b>* Datum</b>	<b>* Arztstempel</b>	<b>* Unterschrift des Arztes</b>

Zu schicken an: CNS – Abteilung Auslandsüberweisung – L-2980 Luxembourg

\* Die mit Asteriskus \* markierten Felder müssen ausgefüllt werden.

<p><b>Administrative Ansicht der CNS</b></p> <p>Administrative Bedingungen für die Kostenübernahme erfüllt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kassenärztlicher Leistungsbringer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><b>Datum</b></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><b>Unterschrift</b></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>				
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>						
<p><b>Entscheidung des kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Genehmigt <input type="checkbox"/> Nicht genehmigt</p> <p>Begründung</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
<p><b>Entscheidung des kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherung betreffend das Transportmittel</b></p> <p><input type="checkbox"/> Genehmigt <input type="checkbox"/> Nicht genehmigt</p> <p>Begründung</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><b>Datum</b></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><b>Stempel</b></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><b>Unterschrift</b></td> </tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>Datum</b>	<b>Stempel</b>	<b>Unterschrift</b>			
<b>Datum</b>	<b>Stempel</b>	<b>Unterschrift</b>					

Der Verwaltung vorbehalten