

Antrag Erstattung für Zahnersatzkosten im Ausland

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Ort	Versicherungsnummer

Angaben zu Behandlungskosten im Ausland

In welchem Land wurden Sie behandelt?

Warum war die Verwendung des Auslandskrankenscheines nicht möglich?

Welche Erkrankung wurde behandelt?

Handelt es sich um einen Unfall? nein ja (bitte machen Sie Angaben zum Unfallhergang auf einem zusätzlichen Blatt)

Durchgeführte Behandlungen (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Beratung in der Zahnarztpraxis (Datum, Uhrzeit)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Beratung telefonisch (Datum, Uhrzeit)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hausbesuch des Arztes (z.B. im Hotel/Datum, Uhrzeit)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Injektion (Anzahl)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Röntgenaufnahme (Angabe des Körperteils/Anzahl)	<input type="text"/>

Welcher Zahn/welche Zähne wurden behandelt?
(bitte unter dem jeweiligen Zahn das Symbol für die Art der Behandlung eintragen)

Zähne des Oberkiefers

rechte Hälfte: 8 7 6 5 4 3 2 1 linke Hälfte: 1 2 3 4 5 6 7 8

Ihr Eintrag:

beginnend von rechts hinten zur Mitte hin, und von der Mitte nach links hinten.

Zähne des Unterkiefers

rechte Hälfte: 8 7 6 5 4 3 2 1 linke Hälfte: 1 2 3 4 5 6 7 8

Ihr Eintrag:

beginnend von rechts hinten zur Mitte hin, und von der Mitte nach links hinten.

Symbole

F = Füllung
W = Wurzelbehandlung
K = Krone
B = Brücke
E = Ersetzter Zahn
 z.B. an einer Prothese

Salus BKK
Siemensstraße 5 a
63263 Neu-Isenburg

Ich habe eine Zahnfüllung erhalten (bitte ankreuzen)

einflächige Füllung zweiflächige Füllung drei oder mehrflächige Füllung

Ich habe eine Wurzelbehandlung erhalten. (Bitte geben Sie an, an welchem/an welchen Zähnen.)

Ich habe eine oder mehrere Kronen erhalten. (Bitte geben Sie an, an welchem Zahn/an welchen Zähnen.)

Ich habe eine Brücke erhalten. (Bitte geben Sie an, welche Zähne diese Brücke umfasst.)

Ich habe eine Prothese erhalten. (Bitte geben Sie an, ob es sich um eine Unter- oder um eine Oberkieferprothese handelt.)

Meine Brücke oder Prothese wurde repariert.

Ich habe Medikamente erhalten. (Wenn vorhanden, bitte Beipackzettel mit einreichen.)

Sonstiges:

Bitte geben Sie uns Ihre aktuelle Bankverbindung an.


Kontoinhaber

IBAN

Bankinstitut

BIC

Ich erkläre mich mit der Anwendung der Vereinfachungsregelung (Verzicht auf die Anfrage beim ausländischen Träger bis 1.000 EUR Erstattungsbetrag) ausdrücklich einverstanden.



Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz