Zurück an:

Continentale BKK
Zentraler Posteingang
30645 Hannover

oder per E-Mail an:
leistungen@continentale-bkk.de
Tel.-Nr. 0231 5571302610

Continentale
Betriebskrankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung einer Behandlung im Ausland

Angaben zur Person	
1. Versicherte(r):	KV-Nr.:
2. Meine Bankverbindung lautet: IBAN: (22 Zeichen)	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Kreditinstitut:	Kontoinhaber und Anschrift, wenn nicht gleich Versicherte(r):
3. Urlaubsland: _____ Art der Erkrankung (Diagnose): _____	

4. Folgende Leistungen wurden in Anspruch genommen		
	a. Zahnärztliche Behandlung	**Behandlungstag**
a)	Untersuchung, Beratung (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kiefer-erkrankungen erforderlich war.)	
b)	Untersuchung und Beratung **zwischen 20.00 und 8.00 Uhr** oder an **Wochenenden** (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn Sie den Arzt während der ange-gebenen Zeiten **in seiner Praxis** aufgesucht haben.)	
c)	Röntgen (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn zur Diagnostik der Zahner-krankung eine Röntgenaufnahme des Gebisses erforderlich war.)	
d)	Füllung (War eine Füllung für mehrere Zähne erforderlich, geben Sie bitte die Anzahl der Zähne an) Anzahl der Zähne:	
e)	Zahn ziehen (Wurden mehrere Zähne gezogen, geben Sie bitte die Anzahl der gezogenen Zähne an.) Anzahl der Zähne:	
f)	Medizinische Behandlung von Schleimhauterkrankungen	
g)	Sonstige zahnärztliche Leistungen:	
h)	Rechnungsbetrag in Fremdwährung: (**bitte Rechnung beifügen**)	

	b. Ärztliche Behandlung	Behandlungstag
a)	**Untersuchung, Beratung** (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn eine allgemeine Untersuchung und Beratung durchgeführt wurde, bei der auch kleinere Behandlungsmaßnahmen, wie z. B. Blutentnahme, Anlegen eines kleinen Verbandes oder die Verabreichung einer Spritze notwendig waren)	
b)	Untersuchung und Beratung **zwischen 20.00 und 8.00 Uhr** oder an Wochenenden (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn Sie den Arzt während der angegebenen Zeiten in seiner Praxis aufgesucht haben.)	
c)	Besuch des Arztes (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn Sie der Arzt in Ihrem Hotel aufgesucht hat. Geben Sie bitte auch an, ob Sie der Arzt zwischen 20.00 und 8.00 Uhr aufgesucht hat.)	
d)	Eingehende vollständige körperliche Untersuchung (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn über die allgemeine Untersuchung und Beratung hinaus ein Befund über den körperlichen Gesamtzustand des Patienten erhoben wurde.)	
e)	Anlegen eines Verbandes (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an, an der der Verband angelegt wurde, z.B. Knie-, Hand- oder Fußgelenk.)	
f)	Anlegen eines fixierenden Verbandes (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn Ihnen ein unelastischer Verband, wie z. B. ein Gipsverband oder ein harter Kunststoffverband angelegt wurde. Bitte geben Sie die genaue Körperregion an, an der der Verband angelegt wurde, z.B. Knie-, Hand- oder Fußgelenk.)	
g)	Blutentnahmen	
h)	Laboruntersuchungen	
i)	Injektionen	
j)	Infusionen	
k)	Wundversorgung (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn eine Wunde genäht oder geklammert werden musste. Geben Sie bitte an, falls ein Fremdkörper aus der Wunde zu entfernen war.)	
l)	Röntgenaufnahmen (Bitte geben Sie die genaue Körperregion an, z. B. re. Oberarm, li. Hand, re. Fußgelenk)	
m)	Sonstige ärztliche Leistungen (Dieses Feld bitte ausfüllen, wenn weitere ärztlichen Leistungen, wie z. B. **Ultraschall** oder **EKG** erforderlich waren. Geben Sie bitte an, um welche Leistungen es sich gehandelt hat)	
n)	Rechnungsbetrag in Fremdwährung: (**Bitte fügen Sie die Rechnung bei**)	

	c. Arznei-, Verband- und Heilmittel	Behandlungstag
a)	Rechnungsbetrag in Fremdwährung: (Bitte Rechnungsbeleg, Verordnung sowie bei Arzneimitteln den Beipackzettel beifügen)	

5. Ich habe eine private Auslandsreisekrankenversicherung

☐ ja ☐ nein

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Versicherungsschein-Nr.:

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungen nach Inlandssätzen maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten unter Berücksichtigung der geltenden Festbeträge und Eigenbeteiligungen auf das u.a. Konto erstattet werden.

Ort, Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Continentale BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website https://www.continentale-bkk.de/datenschutz/informationen-zur-datenverarbeitung/ oder fordern Sie diese Informationen direkt bei uns an.