

## **Fragebogen zu Ihrer zahnärztlichen Behandlung im Ausland**

während Ihres Auslandsaufenthalts wurde eine zahnärztliche Behandlung erforderlich. Um Ihre Rechnungen zeitnah bearbeiten und die Höhe der Kostenerstattung korrekt festlegen zu können, benötigen wir Ihre Hilfe.

Erstatten können wir Ihnen die für die Behandlung geltenden Vertragssätze. Hierzu benötigen wir vergleichbare Gebührensätze, die wir nur ermitteln können, wenn Sie uns nähere Hinweise zur durchgeführten Behandlung geben.

Wir bitten Sie daher, uns die einzelnen Behandlungsmaßnahmen auf dem beigefügten Fragebogen möglichst genau zu erläutern. Je konkreter Ihre Angaben erfolgen, desto eher ist uns eine Zuordnung zu den erstattungsfähigen Gebührensätzen möglich.

Bitte fügen Sie die Original-Belege / Rechnungen und Quittungen bei. Sollte die Rechnung nicht in deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein, fügen Sie bitte möglichst eine Übersetzung bei.

Sofern wir Kopien der Belege an eine Zusatzversicherung weiterleiten sollen, so geben Sie bitte deren Anschrift und Ihre dortige Versicherungsnummer an.

Wir danken im Voraus für Ihre Unterstützung und fügen einen Antwortumschlag bei. Wenn Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern.

Anlage

**zahnärztliche Behandlung während eines Auslandsaufenthalts**  
- Kostenerstattung -

Deutsche Post   
ANTWORT

**Wer wurde behandelt?**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Wo und in welchem Zusammenhang erfolgte die Behandlung?**

Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

auf dem Schiff (Kreuzfahrt) Es fuhr unter der Flagge: \_\_\_\_\_

Notfall  zum Zwecke der Behandlung  Beschäftigung im Ausland

Erfolgte die Behandlung aufgrund von Unfallfolgen bzw. Reisemängeln?  Ja  Nein

Angabe der genauen Ursache: \_\_\_\_\_

Ich habe bei nachfolgend aufgeführter Versicherung eine zusätzliche Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen.

Bitte senden Sie die Kopie der eingereichten Rechnung mit Erstattungsvermerk der KKH direkt dorthin, wenn sich ein Differenzbetrag ergibt, der noch erstattet werden kann:

Name und **genaue, vollständige** Anschrift der Versicherung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Auslandsreise-Versicherungsschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Für evtl. Rückfragen bitte Angabe der Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hinweis:

Die Angabe Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung unserer Aufgaben nach § 284 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit §§ 60 SGB I und 21 SGB X erforderlich. Die Angabe der Telefonnummer sowie der E-Mail-Adresse ist freiwillig.

**Wurden Arzneimittel verordnet?**

Ja  Nein  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- bitte wenden -

**Welche zahnärztlichen Leistungen wurden erbracht und wann?**

Untersuchungen am: \_\_\_\_\_, davon nachts/ an Sonn-/Feiertagen: \_\_\_\_\_ mal

Welche Zähne wurden behandelt? Was wurde an welchem Zahn gemacht?

Oberkiefer rechts 1											Oberkiefer links 2							
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		
-----																		
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38		
Unterkiefer rechts 4								Unterkiefer links 3										

(Erläuterung: z. B. ist der rechte Eckzahn der Zahn 13 oder der Zahn 38 der linke untere Weisheitszahn)

- Röntgenaufnahmen: Anzahl der Aufnahmen \_\_\_\_\_, was wurde geröntgt \_\_\_\_\_
- Betäubung: im Ober- oder Unterkiefer \_\_\_\_\_, ggf. Anzahl \_\_\_\_\_
- Wurzelbehandlung: an welchem Zahn \_\_\_\_\_
- Auftragen einer Mundsalbe \_\_\_\_\_
- Füllung von Zähnen: welche Zähne \_\_\_\_\_
- Zähne wurden gezogen: welche \_\_\_\_\_
- Reparatur an herausnehmbaren Zahnersatz: mit / ohne Abdruck  
im Oberkiefer / Unterkiefer \_\_\_\_\_
- es wurden folgende Zähne an der Prothese wieder befestigt:  
ggf. Anzahl \_\_\_\_\_
- es wurden Druckstellen entfernt \_\_\_\_\_
- es wurden folgende Kronen / Brücken (festsitzender Zahnersatz) entfernt:  
wieder befestigt: \_\_\_\_\_
- sonstige zahnärztliche Behandlungen \_\_\_\_\_

Es sind Gesamtkosten in Höhe von \_\_\_\_\_ = ca. \_\_\_\_\_ € entstanden.  
(ausl. Währung)

**Auf welche Bankverbindung dürfen wir eine Erstattung vornehmen?**

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Antrag vollständig und korrekt ausgefüllt habe und füge entsprechende Original-Belege/Rechnungen und ggf. Verordnungsblätter und Quittungen bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Versicherten

Ich interessiere mich für Zusatzversicherung der Kooperationspartner der KKH. Die KKH kann mich per Telefon, E-Mail oder SMS über KKH MeinPlus informieren.