

Žiadost o preplatenie lekárskoho úkonu - iba ak daný lekár nemá zmluvu so zdravotnou slovenskou zdravotnou poisťovňou.



SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT

+ Doklad o zaplattení úkonu - prebiehá

ANTRAG

auf Kostenvergütung für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im Ausland

Ich nehme die umseitige Information zur Kenntnis und beantrage die Auszahlung der aus der (den) beiliegenden Rechnung(en) ersichtlichen Kosten der Krankenbehandlung für

Name des Versicherten (Zuname, Vorname, Geburtsname) Priezvisko + meno + rodne meno	VSNR - Geburtsdatum číslo poisťky - VSNR	Aktenzeichen
Name des Angehörigen (Zuname, Vorname, Geburtsname)	VSNR - Geburtsdatum	

Ferner gebe ich nachstehend die dafür benötigten Angaben bekannt:

Grund des Aufenthaltes					
<input type="checkbox"/> Urlaub		<input type="checkbox"/> Krankenbehandlung		<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit	
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges					
Land Krajina - Slovakia		Währung mena - Euro -		Gesamtbetrag Suma, kt. žiadate preplatiť	
Behandlung beim Arzt:	Anzahl	Datum	Hausbesuch:	Anzahl	Datum
Leistungen (z. B. Medikamente, Spritzen, Verband, Röntgen, etc.) Úkony: lieky, injekcie, ...					
Ambulanz / Klinik von od ambulancie / v nemocnici bis do - iba ak ste boli hospitalizovaní					
Leistungen (z. B. Medikamente, Röntgen, Ultraschall, etc.) Úkony: lieky, röntgen, ... - iba ak ste boli hospitalizovaní					
Stationärer Aufenthalt von bis					
Diagnose / Erkrankung / Unfall? Diagnóza, ochorenie, úraz					
Fremdverschulden <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein					
Akutbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein					

Meine Bankverbindung lautet:

Kontonummer	Kontoinhaber Mária Lichá
Bankleitzahl BIC:	Geldinstitut IBAN:

ERKLÄRUNG

Mit nachstehender Unterschrift erkläre ich, dass die Europäische Krankenversicherungskarte (Rückseite der e-card) nicht verwendet wurde und ich die Kosten der Behandlung und Medikamente, wie aus beiliegenden Honorarnote und Medikamentenrechnung ersichtlich, zur Gänze bezahlt habe.

Weiters bestätige ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass aufgrund unwahrer Angaben die zu Unrecht bezogene Kostenvergütung zurückgezahlt werden muss (§ 76 GSVG).

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers