

Verzeichnis über beiliegende Rechnungen für Behandlungskosten aus dem Ausland

Wir bitten die Versicherten, für jede versicherte Person ein separates Formular auszufüllen und den Rechnungsbetrag in der Landeswährung, in der die Behandlungskosten bezahlt worden sind, anzugeben und die Belege fortlaufend zu nummerieren.

Versicherungs-Nr. _____ Familien-Nr. _____

Versicherte Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
 c/o _____ Tel. privat _____ Tel. Geschäft _____
 Landeswährung _____

Arztrechnung

Name des Arztes	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Medikamentenrechnung

Name der Apotheke oder des Arztes	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Spitalrechnung stationär

Name der Heilanstalt	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Spitalrechnung ambulant

Name der Heilanstalt	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Zusätzliche Krankenpflegeleistungen wie z. B. Transporte, Labor usw.

Rechnungssteller	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ort/Datum Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters

