

Antrag auf Erstattung von Kosten für Leistungen im Ausland

(Dieses Formular dient nicht zur Einreichung von „Zahnbehandlungen“ bzw. „Zahnersatz“ im Ausland)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Die KFA Wien ist bemüht, Ihr Ansuchen auf Kostenerstattung rasch zu erledigen.
Wir ersuchen daher um Unterstützung und bitten Sie, die nachstehenden Fragen zu
beantworten.

Versicherte(r): _____ VSNR (10-stellig): _____

Angehörige(r): _____ VSNR (10-stellig): _____

Verhältnis (Verwandtschaft) zum/zur Versicherten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Bankverbindung: IBAN _____ BIC _____

Aufenthaltsstaat: _____

Grund des Aufenthaltes: ☐ Urlaub ☐ Studium ☐ Besuch ☐ Dienstreise ☐ Ausreise zur
Krankenbehandlung

In welcher Währung wurde das Honorar bezahlt (Angabe aktueller Wechselkurs)?

tatsächlicher Rechnungsbetrag: _____ umgerechnet in Euro: _____

Grund des Arztbesuches bzw. Grund des Medikamentenbezugs: _____

Wo erfolgt die Behandlung bzw. wurde die Leistung bezogen?

- ☐ In der Arztordination
- ☐ In der Ambulanz eines Krankenhauses
- ☐ Im Krankenhaus stationär (vom _____ bis _____)
- ☐ Apotheke

Wann erfolgte(n) die Behandlung(en)? Datum: _____

Welche einzelnen ärztlichen Leistungen bzw. Medikamente wurden in Anspruch genommen (bitte genau beschreiben)? _____

Falls Sie eine Bestätigung für das Finanzamt und/oder für eine Privatversicherung benötigen, ersuchen wir Sie, dies bekannt zu geben.

☐ JA ☐ NEIN

Datum und Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers