

CHECKLISTE FÜR DIE PRAXIS: SO FUNKTIONIERT DIE ABRECHNUNG BEI PATIENTEN, DIE IM AUSLAND KRANKENVERSICHERT SIND

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland bzw. Aufenthaltszweck des jeweiligen Patienten unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten, die wir Ihnen im Folgenden näher erläutern. Drei Checklisten für die Praxis ermöglichen dabei einen schnellen Überblick über die einzelnen Schritte von der Erfassung bis zur Abrechnung.

ÜBERSICHT

1. **Europäische Krankenversicherungskarte:** Patienten aus den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz
2. **Nationaler Anspruchsnachweis:** Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit
3. **Vergütung nach GOÄ:** Patienten, die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

DIE REGELUNGEN IM DETAIL

1. PATIENTEN AUS DEN STAATEN DER EUROPÄISCHEN UNION (EU), DES EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTSRAUMS (EWR) UND DER SCHWEIZ: EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

Patienten aus EU-/EWR-Staaten und der Schweiz haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Das heißt: Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (z.B. Virusinfektion), aber auch beispielsweise eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker (z.B. Dialysepatient), die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann.

Bei vorübergehenden Aufenthalten von längerer Dauer (z.B. Studenten, entsandte Arbeitnehmer) können gegebenenfalls auch turnusmäßige Vorsorgeuntersuchungen medizinisch notwendig sein. Bei Fragen zum Leistungsumfang wenden Sie sich bitte an die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung vor. Allerdings gilt dies nur für solche Fälle, in denen der Patient nicht explizit zum Zwecke der medizinischen Versorgung nach Deutschland eingereist ist.

Unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten je nach Herkunftsland bzw. Aufenthaltszweck des Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte/
Provisorische Ersatzbescheinigung

Vorgehen bei geplanten Behandlungen

Patienten, die in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz versichert sind und explizit nach Deutschland reisen, um Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, brauchen vorher die Genehmigung ihrer Krankenkasse im Heimatstaat.

Diese Patienten erhalten dann von der Kasse ein Formular (Vordruck E 112 oder S2). Diesen Anspruchsnachweis müssen sie vor Behandlungsbeginn zunächst bei der von ihnen gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Nationalen Anspruchsnachweis eintauschen. Falls die Krankenkasse im Heimatstaat den Behandlungsumfang eingeschränkt hat, ist auf dem Nationalen Anspruchsnachweis vermerkt, auf welche Leistungen sich die Genehmigung bezieht.

Legt der Patient Ihnen einen Vordruck E 112 oder einen S2 vor, bitten Sie ihn, diesen zunächst bei einer deutschen Krankenkasse seiner Wahl in einen Nationalen Anspruchsnachweis einzutauschen.

2. PATIENTEN AUS STAATEN MIT BILATERALEM ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT: NATIONALER ANSPRUCHSNACHWEIS

Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können ebenfalls bei einem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der grundsätzliche Unterschied zu Patienten aus den EU-/EWR-Staaten und der Schweiz besteht darin, dass sich Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse generell zunächst an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse wenden müssen. Auch der Umfang der Leistungen ist deutlich eingeschränkter. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Die Krankenkasse stellt einen entsprechenden Nationalen Anspruchsnachweis aus, auf dem gegebenenfalls Einschränkungen des Leistungsspektrums („Anspruch auf sofort notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen nur bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung.“) vermerkt sind. Bei Fragen zum Leistungsumfang wenden Sie sich bitte an die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

3. PATIENTEN, DIE KEINEN BEZIEHUNGSWEISE NICHT DEN RICHTIGEN ANSPRUCHSNACHWEIS VORLEGEN: VERGÜTUNG NACH GOÄ

Bei Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GOÄ zu berechnen.

Bei geplanten
Behandlungen:
Nationaler
Anspruchsnachweis
der aushelfenden
deutschen
Krankenkasse

Nationaler
Anspruchsnachweis
der aushelfenden
deutschen
Krankenkasse

Abrechnung
nach GOÄ

CHECKLISTEN FÜR DIE PRAXIS

1. CHECKLISTE: PATIENTEN AUS DEN STAATEN DER EUROPÄISCHEN UNION (EU), DES EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTSRAUMS (EWR) UND DER SCHWEIZ

1. Ein Patient aus einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz legt zur Behandlung
 - eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)
 - sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
2. Sie
 - überprüfen die Identität des Patienten und die Gültigkeit der EHIC bzw. PEB
 - kopieren die EHIC bzw. PEB zweifach und versehen die Kopien mit Datum, Unterschrift und Stempel. Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit und Lesbarkeit der Kopien.

Besteht für Sie, zum Beispiel wegen technischer Probleme, keine Möglichkeit, Kopien der EHIC beziehungsweise PEB mithilfe eines Kopiergerätes oder anderer geeigneter technischer Verfahren anzufertigen, können ausnahmsweise auch vom Patienten selbst Kopien beigebracht werden.

Vorlage für den fahrenden Notdienst: Stehen für Sie im fahrenden Notdienst keine unmittelbare Kopiermöglichkeit oder andere geeignete Erfassungsmöglichkeiten zur Verfügung, können Sie die Daten der EHIC oder der PEB formlos händisch erfassen. Führen Sie dabei folgende Angaben auf:

 - Herkunftsland sowie (jeweils unter Angabe der zugehörigen Ordnungsnummer 3. bis 9.) Vor- und Nachname des Versicherten, Geburtsdatum, Persönliche Kennnummer, Kennnummer des Trägers, Kennnummer der Karte und Ablaufdatum.

Bei einer PEB müssen Sie zusätzlich die Gültigkeitsdauer der PEB sowie deren Ausgabedatum eintragen.

Zur händischen Erfassung der Daten können Vertragsärzte im fahrenden Notdienst auch eine Vorlage verwenden. Diese kann abgerufen werden unter: www.kbv.de/html/8634.php. Wichtig ist hierbei, dass die Kopien oder händisch erfassten Daten mit dem jeweiligen Original übereinstimmen. Bitte bestätigen Sie dies durch Datum, Unterschrift und Arztstempel.
 - händigen dem Patienten das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in der von ihm gewünschten Sprachfassung aus. Es steht im Praxisverwaltungssystem in allen Teilen zweisprachig in Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch zur Verfügung.
3. Der Patient füllt die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung aus und unterschreibt sie. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an. Der Patient kann eine aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort bzw. – wenn ein solcher nicht feststellbar ist (z. B. bei Durchreise) – am Praxissitz wählen. Bitte achten Sie darauf, dass die Patientenerklärung vollständig ausgefüllt wird.

Herkunftsland des Patienten:

Belgien
Bulgarien
Dänemark
Estland
Finnland
Frankreich
Griechenland
Großbritannien
Irland
Island
Italien
Kroatien
Lettland
Liechtenstein
Litauen
Luxemburg
Malta
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Rumänien
Schweden
Schweiz
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tschechien
Ungarn
Zypern

Patientenerklärung
Europäische Kranken-
versicherung

4. Senden Sie eine Kopie oder die im Ausnahmefall händisch erfassten Daten der EHIC/PEB sowie das Original der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung umgehend an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Bitte achten Sie darauf, dass diese abrechnungsbegründenden Unterlagen vollständig ausgefüllt und lesbar sind. Die Zweitkopie/Durchschläge oder händisch erfassten Daten verbleiben bei Ihnen und müssen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.
5. Sie rechnen die Kosten für die Behandlung mit Ihrer KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens zu Lasten der gewählten Krankenkasse ab, d. h. unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums des Patienten. Für die Angabe der „Versichertenart“ (FK 3108) fügen Sie die Ziffer 1 und für die Angabe der „Besonderen Personengruppe“ (FK 4131) die Ziffer 7 ein.

Zusätzlich ist für die Versendung der Unterlagen die EBM-Ziffer 40110 berechnungsfähig. Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt nicht quartalsgebunden, sondern mindestens einmal innerhalb von drei Monaten.

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf den üblichen Formularen. Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an.

Arznei-, Heil- und
Hilfsmittel

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

Krankenhausbehandlungen: Verordnungen erfolgen auf dem üblichen Formular (Muster 2). Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse auf dem Einweisungsschein (Muster 2) an.

Krankenhaus

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

Überweisungen: Erfolgen auf dem üblichen Formular (Muster 6). Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an. Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

Überweisungen

Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten (sofern ein direkter Arzt-Patientenkontakt besteht) die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse.

Arbeitsunfähigkeit

2. CHECKLISTE: PATIENTEN AUS LÄNDERN MIT BILATERALEM ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT

Ein Patient, der auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft hat, kann ebenfalls bei seinem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der Leistungsumfang ist jedoch deutlich eingeschränkter als bei Patienten aus EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

1. Ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Nationalen Anspruchsnachweis der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
2. Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Nationalen Anspruchsnachweis notiert sind.
3. Sie übernehmen die Daten des Nationalen Anspruchsnachweises.

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Vordruckmuster 16). Geben Sie Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse an.

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26). Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

Krankenhausbehandlungen: Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse ein.

Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).

Überweisungen: Bei Patienten mit Nationalem Anspruchsnachweis bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der gewählten deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Nationalen Anspruchsnachweis und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift ist an die gewählte deutsche Krankenkasse weiterzuleiten.

Herkunftsland
des Patienten:

Bosnien und
Herzegowina
Mazedonien
Montenegro
Serbien
Türkei
Tunesien

Arznei-,
Heil- und Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisungen

Arbeitsunfähigkeit

3. CHECKLISTE: PATIENTEN, DIE KEINEN BZW. NICHT DEN RICHTIGEN ANSPRUCHSNACHWEIS VORLEGEN

Wenn ein Patient aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder einem Staat mit bilateralem Abkommen keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte bzw. Provisorische Ersatzbescheinigung und/oder den Identitätsnachweis oder keinen Nationalen Anspruchsnachweis vorlegt, sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern.

1. Der Patient kommt in die Praxis und legt keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vor.
2. Sie informieren den Patienten,
 - dass das Arzthonorar auf Basis der GOÄ zunächst privat zu bezahlen ist und auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden können.
 - dass das Honorar erstattet wird, wenn ein gültiger Anspruchsnachweis bis zum Ende des Quartals nachgereicht wird.

Besonderheit für Patienten aus einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz: Die Europäische Krankenversicherungskarte ist nur zu akzeptieren, wenn sie am Behandlungstag selbst oder am folgenden Arbeitstag nachgereicht wird. Andernfalls ist eine Provisorische Ersatzbescheinigung vorzulegen. Der Patient muss auch bei einer Privatrechnung die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung ausfüllen. Diese bewahren Sie bis zum Ende des Quartals auf.

- dass der Patient den Anspruchsnachweis entweder selbst bei seinem zuständigen Träger im Heimatstaat anfordern oder durch eine gesetzliche deutsche Krankenkasse seiner Wahl anfordern lassen kann.
3. Auch Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (z.B. Vordruck E 112/S2 oder E 121/S1), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten sie einen Nationalen Anspruchsnachweis.



Sollten Sie im Einzelfall Fragen zum Leistungsumfang haben, wenden Sie sich bitte an die vom Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

Für generelle Auskünfte stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Eine Übersicht mit den jeweiligen Ansprechpartnern finden Sie auf der KBV-Themenseite: www.kbv.de/html/8634.php

Ansprechpartner beim GKV-Spitzenverband, DVKA ist das Team Leistungsaushilfe, Tel.: 0228 9530-612 / -691. Weitergehende Informationen zur Versorgung von im Ausland krankenversicherten Patienten finden Sie auf der [Internetseite der DVKA](#).

Abrechnung nach GOÄ

ÜBERSICHT MUSTER UND FORMULARE

EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE (MUSTER)



Informationen über Besonderheiten in Bezug auf einzelne Mitgliedstaaten finden Sie bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) unter:

https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal_ehic_peg/informationsportal_rahmenseite.html

**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE EUROPÄISCHE
VERSICHERUNGSKARTE**

(Originalgröße DIN A4)

Anlage 2

**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vorzugs Ausgabemitgliedstaat 2.

Angaben zum Karteninhaber

3. Name

4. Vornamen

5. Geburtsdatum

6. Persönliche Kennnummer

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte

9. Ablaufdatum

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung Ausgabedatum der Bescheinigung

a) vom

b) bis

c)

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

05.04

Herstellung: DWA, Bonn

PATIENTENERKLÄRUNG EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNG

(Muster; Originalgröße DIN A4)

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance		Englisch
der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt. <i>on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).</i>		
Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. <i>Please complete legibly and in full.</i>		
Ich beabsichtige, mich bis zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> in Deutschland aufzuhalten. <i>I intend to stay in Germany until</i>		
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin. <i>I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.</i>		
Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse Selected assisting German health insurance fund		
Name des behandelnden Arztes Treating physician's name		
Name, Vorname des Patienten Surname and forename of the patient	Geschlecht Sex	
	<input type="checkbox"/> weiblich <i>female</i> <input type="checkbox"/> männlich <i>male</i>	
Anschrift im Heimatstaat Address in home country		
Straße, Hausnummer / <i>Street, house no.</i>		
PLZ, Ort / <i>Postcode, city</i>		
Land / <i>Country</i>		
<input type="checkbox"/> Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland Temporary address in Germany	oder <i>or</i>	<input type="checkbox"/> Durchreise Passing through
<i>c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)</i>		
Straße, Hausnummer / <i>Street, house no.</i>		
PLZ, Ort / <i>Postcode, city</i>		
Tel.-Nr./E-Mail / <i>Tel. No./e-mail</i>		
Identität nachgewiesen durch Identity documented by	<input type="checkbox"/> Reisepass Passport	<input type="checkbox"/> Personalausweis ID card
	Nr. No. _____	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben I confirm the accuracy of the information provided	Datum / Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Unterschrift des Patienten Patient's signature
Hinweis an den Arzt <i>Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.</i>		
(10.2018)		

**NATIONALER ANSPRUCHSNACHWEIS FÜR DIE BEHANDLUNG VON PERSONEN,
DIE NACH ÜBER-, UND ZWISCHENSTAATLICHEN VORSCHRIFTEN ANSPRUCH AUF
VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG HABEN**

(Originalgröße DIN A4)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<p>Nationaler Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben</p>	<p>Anlage 3</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger														
Name, Vorname des Versicherten		geb. am												
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum												

Vertragsärztliche Leistungen können im Zeitraum
vom bis in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht _____

Leistungsumfang in Deutschland
(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)

Oberweisung: Eine unmittelbare Überweisung zu einem anderen Arzt ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt, bescheinigen Sie dies bitte auf einem Rezept (Muster 16). Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

Arzneimittelverordnung: Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Muster 16) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden.

Heil- und Hilfsmittelverordnungen: Heil- und Hilfsmittelverordnungen werden auf den entsprechenden Mustern verordnet und sind durch den Patienten zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen. Tragen Sie bitte auf den Verordnungen „Leistung vorab durch Krankenkasse genehmigen lassen*“ auf.

Anspruch auf **alle** Sachleistungen

Anspruch auf **sofort** notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen **nur** bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung

Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann

Schwangerschaft und Mutterschaft

Anspruch auf Sachleistungen **nur** für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung
(Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht.)

Anspruch **nur** für die Behandlung bei folgendem Arzt/folgender Ärztin

Sonstiges

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.
Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KV.

Datum

Kassenstempel / Unterschrift

Anlage 3 (10.2018)

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für
Ihren Praxisalltag
Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**
Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis
Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**
Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App
Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:

Dezernat Kommunikation
Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur,
Abteilung Sicherstellung

Stand:

Juli 2020

Hinweise:

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche
Form der Berufsbezeichnung gewählt. Hiermit ist
selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.