



Antrag auf vorherige Genehmigung einer Auslandsüberweisung

Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Zuständige Krankenkasse	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Name des überweisenden Arztes	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Arzt-Code	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

Handelt es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles Ja Unfallnummer U /
 Nein

* 1) Name, Adresse und genaue Bezeichnung des Leistungsbringers der die Behandlung im Ausland durchführt

.....

* 2) Ausführliche Diagnose mittels ICD10/CIM10 Kodierung (oder neuere)

3) Angabe der medizinischen Ausrüstung und der hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur, welche im Laufe der Behandlung des Versicherten angewendet werden

.....

4) Begründete Fakten und Ziele, welche eine Überweisung rechtfertigen (medizinischer Bericht im Anhang)

.....

* Die mit Asteriskus * markierten Felder müssen ausgefüllt werden.

* Name und Vorname Sozialversicherungsnummer

* 5) **Art der Behandlung** **Anfangsdatum** (wenn bekannt) * **Voraussichtliche Dauer**

- Sprechstunde Tag(e) Woche(n) Monat(e)
- Spezielle Untersuchung Tag(e) Woche(n) Monat(e)
(medizinische Bildung, Biologie, Elektrophysiologie, usw.)
- Ambulante Behandlung Tag(e) Woche(n) Monat(e)
- Stationäre Behandlung Tag(e) Woche(n) Monat(e)
- Thermalkur Tag(e) Woche(n) Monat(e)
- Genesungskur Tag(e) Woche(n) Monat(e)

6) Transportmittel falls die Fortbewegung mit dem öffentlichen Transport medizinisch kontraindiziert ist:
Bei Antrag auf Serientransporte, Krankentransporte oder Helikoptertransporte fügen Sie bitte diesem Formular eine ärztliche Verschreibung gemäß den Bestimmungen von Kapitel 11 des Titels II von Teil 1 der Satzungen der nationalen Gesundheitskasse bei.

Der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die Leistungen, für die eine Erstattung beantragt wird, der versicherten Person in Luxemburg nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums erbracht werden können, unter Berücksichtigung ihres derzeitigen Gesundheitszustands und der voraussichtlichen Entwicklung ihrer Krankheit.

Zu schicken an: CNS – Abteilung Auslandsüberweisung – L-2980 Luxembourg

* Datum	* Arztstempel	* Unterschrift des Arztes

<p>Administrative Ansicht der CNS</p> <p>Administrative Bedingungen für die Kostenübernahme erfüllt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Kassenärztlicher Leistungsbringer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <hr/> <p>Entscheidung des kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Genehmigt <input type="checkbox"/> Nicht genehmigt</p> <p>Begründung</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Datum</td> <td style="width: 50%;">Unterschrift</td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Datum	Unterschrift		
Datum	Unterschrift				

* Die mit Asteriskus * markierten Felder müssen ausgefüllt werden.

Der Verwaltung vorbehalten