

Formularz dot. zwrotu prywatnie poniesionych kosztów świadczeń rzeczowych w Polsce wymaganych z medycznego punktu widzenia

imię nazwisko: _____

adres: _____

tel. (pole nieobowiązkowe): _____

Numer Ubezpieczonego: _____

2102

Ważne:

- Co do zasady będziemy mogli zwrócić Państwu jedynie część kosztów, ponieważ przepisy prawa zobowiązują nas do przestrzegania określonych stawek.
- **Prosimy dołączyć do swojej dokumentacji tłumaczenie na język niemiecki.**
W tym celu mogą Państwo skorzystać z bezpłatnych programów tłumaczeniowych dostępnych w internecie. Z reguły nie wymagamy tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego.
- Otrzymane od Państwa dokumenty zostaną przetworzone cyfrowo, a następnie zniszczone (jeśli oryginały są Państwu potrzebne, prosimy przesłać do nas jedynie kopie dokumentów).

1. Informacje ogólne

- Wnoszę o zwrot prywatnie poniesionych kosztów świadczeń w Polsce wymaganych z medycznego punktu widzenia i potwierdzam, że mieszkam na stałe w Polsce.
- Czy poniesione przez Państwa koszty prywatne zostały już w pełni / częściowo zwrócone przez podmiot trzeci (np. przez zagraniczny zakład ubezpieczeń zdrowotnych, ubezpieczenie prywatne) lub czy złożono już wniosek o zwrot tych kosztów?

Tak ☐ Nie ☐

Jeśli tak: koszty z których faktur/paragonów zostały już zwrócone przez podmiot trzeci lub zwrot których kosztów został jużawnioskowany?

Prosimy o dołączenie kopii decyzji w sprawie zwrotu kosztów.

- Czy dostarczone tu dokumenty to: faktury za udział własny / faktury za prywatnie uzgodnione usługi dodatkowe (np. opcjonalne świadczenia szpitalne)?

Tak ☐ Nie ☐

Jeśli tak, to prosimy odnotować tę informację na odpowiedniej fakturze/paragonie.

- Opłacona kwota całkowita (wszystkich załączonych faktur): _____ waluta: _____

Numer Ubezpieczonego:

2. Informacje dotyczące leczenia

Pierwsze leczenie

- Czy korzystali Państwo z pomocy lekarskiej?

Tak, ☐ wizyta ambulatoryjna u lekarza/stomatologa Nie ☐
☐ wizyta ambulatoryjna w szpitalu/na ostrym dyżurze
☐ pobyt stacjonarny w szpitalu

- Czy leczenie było spowodowane wypadkiem? Tak ☐ Nie ☐

- Prosimy podać diagnozę medyczną/chorobę, która spowodowała konieczność leczenia:

- Działania/zakres leczenia (prosimy o podanie szczegółów, np. otrzymane wlewy/zastrzyki, leki; zastosowane metody obrazowania, np. zdjęcie RTG, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny; zakres badania fizykalnego):

- ---

- Ten fragment należy wypełnić tylko, jeśli zaznaczono „wizyta ambulatoryjna u lekarza (stomatologa)”:

Leczenie odbywało się w gabinecie lekarskim(stomatologicznym): Tak ☐ Nie ☐

Czy leczenie odbywało się w godzinach przyjęć? Tak ☐ Nie ☐

data: _____ godzina: _____

- Ten fragment należy wypełnić tylko, jeśli zaznaczono „pobyt stacjonarny w szpitalu”:

czas pobytu w szpitalu od _____ do _____

Ważne: prosimy dołączyć umowę o świadczenie prywatnych usług medycznych i raporty medyczne (np. kartę leczenia szpitalnego)!

Numer Ubezpieczonego:

Świadczenia uzupełniające

- Jakie usługi/świadczenia zostały wykonane w dalszym przebiegu pierwszego leczenia i musiały zostać opłacone prywatnie? (można wybrać kilka odpowiedzi)

☐ Lekarstwa

☐ Środki lecznicze

☐ Środki pomocnicze

☐ Inne: _____

- **Transport wymagany z medycznego punktu widzenia**

Czy dokonano transportu wymaganego z medycznego punktu widzenia? Tak ☐ Nie ☐

Jeśli tak, prosimy wypełnić poniższy fragment formularza:

Środek transportu:

☐ Karetka pogotowia (przejazd z niebieskim światłem)

☐ Karetka pogotowia (przejazd bez niebieskiego światła)

☐ Lot ratunkowy ☐ Taksówka ☐ Prywatny samochód osobowy

☐ Publiczny środek transportu

☐ Inny: _____

•

Szczegóły dot. przebiegu trasy: _____ ulica, nr domu, miasto

Miejsce początkowe (początek trasy): _____

Miejsce docelowe (zakończenie trasy): _____

Czy w miejscu leczenia był obecny lekarz pogotowia? Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem ☐

Ważne: zwrot kosztów będzie możliwy tylko, jeśli transport i środek transportu były zaordynowane przez lekarza. W związku z tym należy obowiązkowo dołączyć dowody medyczne (np. zalecenia lekarza). Nie wystarczy samo okazanie faktury.

Składając swój podpis, potwierdzają Państwo prawidłowość wyżej podanych informacji.

Data

Podpis*

*ew. przedstawiciel prawny, opiekun, pełnomocnik

Informacje dot. ochrony danych osobowych: AOK Nordost gromadzi Państwa dane osobowe na podstawie wytycznych § 284 ust. 1 zd. 1 pkt 4 Kodeksu Socjalnego, księga piąta (SGB V) w związku z § 13 ust. 4–6 SGB V, art. 25 ust. 1–9 Rozporządzenia (UE) 987/09, § 18 ust. 1–3 SGB V, oraz umów dwustronnych o zabezpieczeniu społecznym w celu zwrotu kosztów świadczeń rzeczowych poniesionych za granicą. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże zgodnie z § 60 Kodeksu Socjalnego, księga pierwsza SGB I są Państwo zobowiązani do współpracy w ramach złożonego wniosku. Informujemy, że niekompletne informacje mogą prowadzić do niekorzystnego rozstrzygnięcia w kwestii dochodzonych świadczeń.

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Leistungen und Services
14656 Potsdam
Niemcy

imię nazwisko:

Numer Ubezpieczonego:

Dane konta bankowego

Proszę skorzystać z poniższego rachunku

IBAN (w Niemczech obowiązują zawsze 22 znaki)																W przypadku innych krajów objętych procedurą SEPA maks. 34 znaki!															
BIC* (kod SWIFT, 8 lub 11 znaków)											Bank/instytucja finansowa*																				

* Te dane można pominąć w przypadku płatności SEPA w Niemczech i do innych krajów UE/EOG.

Inny posiadacz konta:

Forma grzecznościowa	☐ Pani ☐ Pan ☐ Firma/inne																															
Nazwisko																																
Imię																																
Ulica																																
Nr domu																																
Kod pocztowy																																
Miejscowość																																

Data

Nr tel. **Ubezpieczonego***

Podpis **Ubezpieczonego***

*ew. przedstawiciel prawny, opiekun, pełnomocnik

Informacje dot. ochrony danych osobowych: dane będą wykorzystywane tylko w celach związanych z płatnością i nie zostaną przekazane osobom trzecim.

Podanie numeru telefonu na potrzeby ew. dodatkowych pytań jest dobrowolne. Informacje ogólne dot. przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących praw znajdują Państwo pod adresem <http://www.aok.de/nordost/Datenschutzrechte>.