

**Kundenservice**

Engelbert-Weiß-Weg 10  
5020 Salzburg

Tel. +43 5 0766-178120  
E-Mail: [zwi-17@oegk.at](mailto:zwi-17@oegk.at)

Unsere Servicezeiten finden Sie  
unter: [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at)

UID-Nr.: ATU74552637

## Antrag auf Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland

Antragsteller: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme einer Krankenbehandlung in (Bezeichnung und  
Anschrift der Einrichtung)

---

---

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Diese Einrichtung ist  öffentlich  privat

Die Behandlung ist  stationär  ambulant

**Das ausgefüllte und unterschriebene Beiblatt „Beurteilung des Antrags auf Kostenübernahme einer Krankenbehandlung“ liegt diesem Antrag bei.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherte/Versicherter

### Information zum Antrag

Wichtiges vorweg:

Sie planen eine Behandlung im Ausland. Voraussetzung dafür ist, dass die Behandlung unbedingt notwendig oder sinnvoll und zweckmäßig und in Österreich nicht möglich ist.

Was muss ich tun?

Sobald der Antrag und das Beiblatt vollständig befüllt sind, bitten wir Sie uns diese Unterlagen zu schicken.

Das Beiblatt „*Beurteilung des Antrags auf Kostenübernahme einer Krankenbehandlung*“ muss von einem Schwerpunkt- oder Zentralkrankenhaus ausgefüllt werden.

Nähere Informationen finden Sie unter:

- [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at) / Geplante Behandlung

Haben Sie noch Fragen? Wir sind gerne für Sie da.

Freundliche Grüße  
Österreichische Gesundheitskasse

## Beurteilung des Antrags auf Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland

Patient: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

**Stellungnahme des Arztes des behandelnden Schwerpunkt- oder Zentralkrankenhauses:**

---

---

---

**Behandlungsrelevante Diagnose(n):**

---

---

---

**ICD-10 Nr.:** \_\_\_\_\_

**Notwendige, geplante Behandlung (Befunde bitte beilegen)**

---

---

**Beantragte Behandlungsstelle im Ausland (genaue Bezeichnung/Anschrift,  
Ansprechpartner, Telefonnummer):**

---

---

Datum des Behandlungsantritts \_\_\_\_\_ voraussichtliche Dauer: \_\_\_\_\_

**Folgende Voraussetzungen für die Behandlung im Ausland liegen vor:**

1. Die Behandlung ist medizinisch unbedingt erforderlich oder sinnvoll und zweckmäßig.
2. Die Behandlung ist in keiner einzigen spezialisierten österreichischen Einrichtung (i.d.R. Universitätsklinik) möglich.

Eine Abklärung mit den anderen Universitätskliniken in Österreich wird vorausgesetzt! **Es wird rechtlich verbindlich bestätigt, dass die Voraussetzungen für eine Behandlung im Ausland vorliegen.**

**Die Voraussetzungen für eine Behandlung im Ausland liegen nicht vor:**

---

---

**Weitere Anmerkungen (falls erforderlich):**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Behandelnde Krankenanstalt