

1. **Angaben zum Patienten**

 Name und Vorname:

 Nationalregisternummer:

 Anschrift:

 Postleitzahl und Ort:

1. **Angaben zum überweisenden Facharzt**

 Name und LIKIV-Zulassungsnummer:

 Telefonnummer oder E-Mail-Adresse:

 Anschrift:

1. **Initiator der Anfrage** *(bitte ankreuzen):*

[ ]  Ich selbst als überweisender Facharzt

[ ]  Ich selbst auf Vorschlag eines anderen Arztes, nämlich *(Name und Anschrift)*:

[ ]  Ich selbst auf Ersuchen des Patienten

1. **Zugrundeliegendes Gesundheitsproblem**

 Ärztliche Diagnose/Gesundheitsproblematik:

 Relevante Vorgeschichte:

 Frühere Behandlungen und Ergebnisse:

 Beigefügte Arztberichte:

1. **Beantragte Leistungen**
	1. Medizinische/technische Beschreibung *(möglichst ausführlich):*

* 1. Ausländischer Arzt:

☐ Name:

☐ Referenzen aus denen die Fachkompetenz des Arztes hervorgeht *(möglichst ausführlich):*

* 1. Name und Anschrift der Versorgungseinrichtung:

* 1. Art der Versorgung *(bitte ankreuzen)*:

[ ]  ambulant oder in einer Tagesklinik (ohne Übernachtung)

[ ]  stationär

• Zeitraum: vom       bis zum

• Art des Krankenhauses: [ ]  öffentlich [ ]  privat

* 1. Nachheilbehandlung *(bitte ankreuzen)*:

[ ]  nein

[ ]  ja

• Beschreibung:

• Häufigkeit:

• Kann auch in Belgien durchgeführt werden *(bitte ankreuzen)*:

[ ]  ja

[ ]  nein

• Grund:

1. **Umstände des Antrags auf Behandlung im Ausland:**

Andere in Belgien aufgesuchte Ärzte desselben Fachgebiets wie das des ausländischen Arztes, an den der Versicherte überwiesen wird, und deren schriftliche Stellungnahme *(möglichst ausführlich, auch per E-Mail, solange die Angaben zum Versicherten dabei verschlüsselt bleiben):*

*PS: Der Vertrauensarzt darf ein solches Gutachten einholen, bevor er eine Entscheidung trifft.*

• Name und Stellungnahme:

• Name und Stellungnahme:

• Name und Stellungnahme:

1. **Medizinisch-technische Verfügbarkeit der beantragten Behandlung in Belgien**

 Die Behandlung besteht in Belgien *(bitte ankreuzen)*:

[ ]  ja

entsprechende Leistungsnummer/Pseudoleistungsnummer:

[ ]  nein

entsprechende Standard-/Alternativbehandlung in Belgien unter vergleichbaren Umständen:

1. **Gründe für die Nichtinanspruchnahme des in Belgien bestehenden Behandlungsangebots**

Wenn Sie *„bessere medizinische Voraussetzungen“* als Grund nennen, erklären Sie, weshalb es Ihnen notwendig erscheint, von der der in Belgien verfügbaren Behandlungsmöglichkeit abzusehen.

Datum:

Unterschrift:

PS 1 Der ausgefüllte Antrag ist dem Vertrauensarzt der Krankenkasse des Patienten zu übermitteln.

PS 2 Der Patient muss die Genehmigung abwarten, bevor er sich behandeln lässt. Das Antragsverfahren kann bis zu 45 Tagen dauern, es sei denn, es besteht zusätzlicher Informationsbedarf

**Adressen der Vertrauensärzte**

Für deutschsprachige Mitglieder der Christlichen Krankenkasse:

Bitte füllen Sie den Antrag auf Vorab-Genehmigung von Gesundheitsleistungen im Ausland aus, und senden ihn an den zuständigen Vertrauensarzt der Christlichen Krankenkasse,
Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers.

Si vous êtes affilié(e) à la Mutualité chrétienne 134, veuillez faire compléter le formulaire de demande et l’envoyer en fonction du pays concerné à l’attention du médecin-conseil de la Mutualité Chrétienne :

* Allemagne et Pays-Bas, Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers
* France, Rue Saint Brice 44, 7500 Tournai
* Grand-Duché de Luxembourg, Rue de la Moselle 7-9, 6700 Arlon
* Autre pays : une des trois adresses ci-dessus

Als u bent aangesloten bij CM 120 en u woont in de:

* Provincie Antwerpen, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Korte Begijnenstraat 22, 2300 Turnhout
* Provincie Vlaams-Brabant of Brussel, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Platte-Lostraat 541, 3010 Kessel-Lo
* Provincie Limburg, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Herkenrodesingel 101, 3500 Hasselt
* Provincie Oost-Vlaanderen, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Martelaarslaan 17, 9000 Gent
* Provincie West-Vlaanderen, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Beneluxpark 22, 8500 Kortrijk

Depending on where you are affiliated, please choose the right option: either the CM addresses or those of MC.

**Antrag Ausbehandlung**

**Vorher durch den überweisenden Facharzt auszufüllen**

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung genießen im europäischen Rahmen weitreichende Freiheiten bei der Wahl ihrer Leistungserbringer, sogar über die Grenzen hinaus.

Laut EU-Verordnung unterliegt aber die Erstattung bestimmter Kosten, insbesondere bei Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, einer Vorabgenehmigung durch die zuständige Krankenkasse.

Der Antrag auf Genehmigung von Gesundheitsleistungen im Ausland kann unter zwei Gesichtspunkten gestellt werden.

* Die ‘**nicht zeitnahe Verfügbarkeit**‘ erforderlicher Leistungen auf belgischem Staatsgebiet, unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustands des Versicherten.
* Wenn notwendige gesundheitliche Versorgungsleistungen unter **medizinisch günstigeren Voraussetzungen** im Rahmen einer Aufnahme in einer ausländischen Versorgungseinrichtung durchgeführt werden können. Dabei hat die ‚medizinisch günstigere Voraussetzung‘ strikt medizinisch-technische Bedeutung.

Argumente sozialer Art, Komfort oder der Umfang der Erstattung bestimmter Leistungen spielen also keine Rolle bei der Beurteilung.

Dieser Fragebogen soll für Sie als überweisender Arzt ein Leitfaden sein, um den Antrag auf ärztliche Betreuung im Ausland zu rechtfertigen. Auf diese Weise werden wiederholte Fragen nach zusätzlichen Informationen vermieden. Sie können den Fragebogen ausfüllen und eventuell andere Unterlagen beifügen. **Danach senden Sie ihn an die Krankenkasse, bei welcher der Leistungsberechtigte versichert ist.** Er dient der Krankenkasse als Grundlage für ihre Entscheidung.

Es ist von größter Wichtigkeit, dass der Vertrauensarzt sich ein vollständiges Bild des Genehmigungsantrags machen kann.

Vielen Dank im Voraus.

Kollegiale Grüße

 Vertrauensärzte
 Experten für zwischenstaatliches Recht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dr. Sofie Vertriest CM | Dr. Pieter Quisquater CM  | Dr. Juna Petrillo MC | Dr. Christina De Vos ZIV-AMI |