An den Vertrauensarzt der Krankenkasse des Versicherten zu schicken

Afbeelding met kam, typografie

Automatisch gegenereerde beschrijving

1. **Angaben zum Patienten**

Name und Vorname:

Nationalregisternummer:

Anschrift:

Postleitzahl und Ort:

1. **Angaben zum überweisenden Facharzt[[1]](#footnote-1)**

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

Name:

Anschrift:

Ich selbst auf Ersuchen des Patienten

1. **Zugrundeliegendes Gesundheitsproblem**

Ärztliche Diagnose/Gesundheitsproblematik:

Relevante Vorgeschichte:

Beschreibung der Verletzungen oder der funktionellen Störungen, die eine Rehabilitation erfordern:

Frühere Behandlungen und Ergebnisse:

Beigefügte Arztberichte:

1. **Beantragte Leistungen**
   1. **Bezeichnung des Programms:**

* 1. **Zuständiger ausländischer Arzt:**

Name:

Verweis auf medizinische Sachkenntnis *(möglichst ausführlich):*

* 1. **Name und Anschrift der Einrichtung, in der die Rehabilitation stattfindet:**

Name:

Anschrift:

Land:

Telefonnummer:

Website:

* 1. **Art der Behandlung *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*:**

Patient wurde in das Krankenhaus, in der die Rehabilitation durchgeführt wird, aufgenommen (mit Übernachtung)

Patient wurde in eine Rehabilitationseinrichtung, die kein Krankenhaus ist, aufgenommen (mit Übernachtung)

Patient übernachtet außerhalb des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung (= ambulante Reha)

* 1. **Angeordnetes Rehabilitationsprogramm und Leistungen**
     1. Allgemeine Beschreibung:

* + 1. Wesentliche Bestandteile des Programms:

* + 1. Betroffene Fachbereiche:

* + 1. Beantragter Zeitraum: vom       bis zum

* + 1. Häufigkeit: (täglich - wöchentlich - Anzahl Stunden pro Tag? ...):

* + 1. Mit der Rehabilitation verfolgtes Ziel (möglichst ausführlich):

* 1. **Vergleich mit den in Belgien verfügbaren Rehabilitationsprogrammen (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

In Belgien besteht ein vergleichbares Rehabilitationsprogramm

Rehabilitationsvereinbarung (7xx.xxx.xxx) oder (9xx.xxx.xxx) ? [[2]](#footnote-2) :

(Gehen Sie zur Ziffer 5.7.1 über)

In Belgien gibt es kein vergleichbares Rehabilitationsprogramm.

(Gehen Sie zur Ziffer 5.7.2 über)

* 1. **Gründe für eine Rehabilitation im Ausland**
     1. In Belgien gibt es ein Rehabilitationsprogramm wie es in diesem Antrag beschrieben wird.

Begründen Sie, weshalb die Rehabilitation nicht in Belgien möglich ist.

* + Gründe, die mit dem Inhalt der Maßnahme zu tun haben:

* + Medizinisch-technische Verfügbarkeit:

* + 1. In Belgien gibt es kein vergleichbares Rehabilitationsprogramm

Geben Sie an, in welcher Hinsicht, die in Belgien bestehenden Rehabilitationsmaßnahmen sich von dem beantragten Programm unterscheiden

* + Zielgruppe:

* + Inhalt des Programms:

Begründen Sie, weshalb die in Belgien bestehenden Rehabilitationsprogramme nicht angewandt werden können:

* + Medizinisch-technische Verfügbarkeit:

* + Besonderer Zustand des Patienten:

1. **Andere in Belgien aufgesuchte Ärzte desselben Fachgebiets:**

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:

Datum:

Unterschrift:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vertrauensarzt Krankenkasse[[3]](#footnote-3) | Stellungnahme Ärztedirektion Krankenkasse | Stellungnahme Kollegium der Ärzte-Direktoren |
| Stellungnahme zu:   1. dem verordneten Rehabilitationsprogramm?[[4]](#footnote-4)   Ja  Nein   1. Die Rehabilitation entspricht den gesetzlichen Vorschriften in Belgien[[5]](#footnote-5)   Ja  Nein   1. Programm (7xx.xxx.xxx) oder (9xx.xxx.xxx)?[[6]](#footnote-6):      1. Hinweise und Begründung[[7]](#footnote-7) | Stellungnahme zu:   1. dem verordneten Rehabilitationsprogramm   Ja  Nein   1. Die Rehabilitation entspricht den gesetzlichen Vorschriften in Belgien   Ja  Nein   1. Programm (7xx.xxx.xxx) oder  (9xx.xxx.xxx)?:      1. Hinweise und Begründung | Beschluss zu:  1. dem verordneten Rehabilitationsprogramm  Ja  Nein   1. Die Rehabilitation entspricht den gesetzlichen Vorschriften in Belgien   Ja  Nein   1. Programm (7xx.xxx.xxx) oder  (9xx.xxx.xxx)?:      1. Hinweise und Begründung |
| Datum  Angaben zum Arzt und Unterschrift | Datum  Angaben zum Arzt und Unterschrift | Datum  Angaben zum Arzt und Unterschrift |

**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.

1. Selbstverordnung ist nicht erlaubt: der Bezugsarzt darf nicht derselbe sein, wie der behandelnde Arzt. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bitte entsprechendes Antragsformular beifügen, damit geprüft werden kann, ob der Betreffende die Bedingungen erfüllt. [↑](#footnote-ref-2)
3. Prüfung des gegebenenfalls beigefügten Formulars mit der Vorgeschichte in Bezug auf die Rehabilitation. Die Vorgeschichte ist der Sendung beizufügen, die an die Ärztedirektion und das Kollegium der Ärzte-Direktoren zugestellt wird. [↑](#footnote-ref-3)
4. Betrifft der Antrag eine Rehabilitation (koordinierte und gezielte fachübergreifende Leistungen)? [↑](#footnote-ref-4)
5. Entspricht die Rehabilitation dem Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Belgien? [↑](#footnote-ref-5)
6. Prüfen Sie, ob das vom überweisenden Arzt angekündigte Programm korrekt ist; gegebenenfalls ergänzen. [↑](#footnote-ref-6)
7. Prüfen Sie, ob der Patient für eine Kostenübernahme infrage kommt (Bedingungen für eine Inklusion, Zuwendung noch möglich) und begründen Sie Ihre Antwort. [↑](#footnote-ref-7)