An den Vertrauensarzt der Krankenkasse des Versicherten zu schicken



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)