

Antrag um Vergütung laut europäischer Richtlinie 2011/24/EU betreffend die grenzüberschreitende Betreuung

Die Rechnungen sind innerhalb von 60 Tagen ab Behandlungsdatum einzureichen.

Der unterfertigte Antragsteller (Nach- und Vorname)
Die unterfertigte Antragstellerin (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

wohnhaft in (Gemeinde)

Postleitzahl PLZ

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

zertifizierte E-Mailadresse PEC

ersucht

- für sich
- für folgendes Familienmitglied (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

- um Vorabgenehmigung mit Angabe des rückvergütbaren Betrages**
- ausschließlich um Mitteilung des eventuell rückvergütbaren Betrages**
- um Vergütung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen**

folgender Gesundheitsleistung:

- Krankenhausaufenthalt (von - bis)

- Tagesklinikaufenthalt (am)

Richiesta di rimborso secondo la direttiva europea 2011/24/UE sull'assistenza transfrontaliera

Le fatture vanno inoltrate entro 60 giorni dalla data della prestazione.

Il sottoscritto richiedente (cognome e nome)
La sottoscritta richiedente (cognome e nome)

nato/nata il

nato/nata a

codice fiscale

residente a (comune)

codice postale CAP

Indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

indirizzo email PEC

richiede

- per sè
- per il seguente familiare (cognome e nome)

nato/a il

nato/a a

codice fiscale

- l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile**
- unicamente la comunicazione dell'importo eventualmente da rimborsare**
- il rimborso di prestazioni già fruite**

della seguente prestazione sanitaria:

- ricovero ospedaliero (dal - al)

- ricovero diurno (il)

ambulante Leistungen (am)

[Redacted]

• Ausländische Struktur (Krankenhaus/Uni-Klinik)

[Redacted]

Adresse

[Redacted]

• diagnostische oder therapeutische Indikation

[Redacted]

• und medizinische Leistung

[Redacted]

• außergewöhnlich dringender Fall

NEIN

JA (ausführlich begründen)

[Redacted]

Ärztliche Verschreibung auf rotem Rezept vorhanden

Es wird ersucht die Vergütung auszubezahlen mittels:

Überweisung auf folgendes Bankkonto:

IBAN

[Redacted]

Name der Bank/Filiale

[Redacted]

lautend auf (Nach- und Vorname):

[Redacted]

Es ist wichtig, dass vorliegendes Gesuch vor der Inanspruchnahme der Leistungen (bei stationären Behandlungen, Day-Hospital u. Day-Surgery - ambulante chirurgische Leistungen - kostenintensive Behandlungen, Instrumental-diagnostische Leistungen, usw.) eingereicht wird.

Verarbeitung der personenbezogenen Daten – Informationsschreiben ex Art. 13 GvD Nr. 196/2003

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden auch mit elektronischen Instrumenten verarbeitet. Die Verarbeitung findet ausschließlich im Rahmen des Verfahrens statt, für das die vorliegende Erklärung erbracht wurde. Das vollständige Informationsschreiben ist auf der Website www.sabes.it/Datenschutz verfügbar und liegt beim Gesundheitssprengel zur Einsicht auf.

prestazioni ambulatoriali (il)

[Redacted]

• struttura estera (ospedale/clinica universitaria)

[Redacted]

indirizzo

[Redacted]

• indicazione diagnostica e terapeutica

[Redacted]

• e prestazione sanitaria

[Redacted]

• caso particolarmente urgente

NO

SI (motivare adeguatamente)

[Redacted]

Prescrizione medica su ricetta rossa esistente

Si chiede di corrispondere il rimborso tramite

Bonifico sul seguente conto corrente bancario:

[Redacted]

Nome della banca/agenzia

[Redacted]

intestato a (cognome e nome)

[Redacted]

È importante che la presente domanda venga inoltrata prima della fruizione delle prestazioni (nell'ipotesi di ricoveri ospedalieri, Day-Hospital o Day-Surgery, prestazioni chirurgiche ambulatoriali - prestazioni costose, prestazioni di diagnostica strumentale, ecc.)

Trattamento dei dati personali – Informativa ex art. 13 del Dlgs 196/03

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'informativa estesa è disponibile sul sito www.sabes.it/Privacy e presso il distretto sanitario.

Datum und Ort | Lugo e data

[Redacted]

leserliche Unterschrift | firma leggibile
des Antragstellers/der Antragstellerin | del richiedente/della richiedente

Bozen | Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 909 113 | sprengel-ver.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | verw.spr.meran@sabes.it
Brixen | Romstraße 5 | Tel. 0472 813640 | verw.sprengel.bx@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 502
sprengel-bruneck-umgebung@sabes.it
http://www.sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | p.zza Cadonna, 12 | tel. 0471 909 113 | distretto-amm.bolzano@sabes.it
Merano | v. Roma, 3 | tel. 0473 496706 | verw.spr.meran@sabes.it
Bressanone | via Roma, 5 | tel. 0472 813640 | amm.distretto.bx@sabes.it
Brunico | vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 502
distretto-brunico-circondario@sabes.it
http://www.asdaa.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211