

Name, Vorname, Dienstgrad, Personenkennziffer

Ort, Datum

Einheit, Dienststelle

Berufssoldat/Berufssoldatin,
Soldat auf Zeit/Soldatin auf Zeit

Wehrsoldempfänger

**Erstattung von Kosten für eine Behandlung
während eines privaten Aufenthaltes im Ausland
(3-fach)**

Ich bitte gemäß § 15 VwV zu § 69 Abs. 2 BBesG um Überweisung des erstattungsfähigen Betrages für die anlässlich meines privaten Aufenthaltes im Ausland (Urlaub/Fachausbildung*)

vom _____ bis _____ in _____

entstandenen Arzt-/Zahnarzt-/Krankenhaus-/Arzneimittel-/Verbandsmittel-/Hilfsmittel-Kosten*) in Höhe

von _____ € auf das Konto bei der _____

Kto.-Nr. _____ (BLZ) _____

Kontoinhaber: selbst/Name und Anschrift _____

Die beigefügte(n) Rechnung(en) habe ich bereits/noch nicht*) bezahlt.

Die Behandlungsbedürftigkeit wurde durch einen Dritten verursacht: ja nein

Wenn ja, durch _____

Bei stationärer Behandlung eingenommene Mahlzeiten am Aufnahmetag: Morgenkost/Mittagskost/Abendkost¹⁾
Entlassungstag: Morgenkost/Mittagskost/Abendkost¹⁾

Eine private Auslandskrankenversicherung besteht : ja nein

Bei der privaten Versicherungsgesellschaft habe ich einen Erstattungsantrag gestellt: ja nein

Ich beabsichtige, einen Antrag zu stellen: ja nein

Der Antrag ist abschließend bearbeitet: ja nein

Der Erstattungsbetrag beträgt: _____ €

Die private Versicherung verlangt die Vorlage der Kostenfestsetzung der Bundeswehr: ja nein

Die Festsetzung der privaten Versicherungsgesellschaft liegt bei / werde ich sofort nach Erhalt vorlegen ¹⁾.

Raum für besondere Erläuterungen

Anlage: _____ Rechnung(en)/Festsetzung der Versicherung ¹⁾

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich andernfalls gegen die mir obliegende Wahrheitspflicht verstoße und mich ggf. dem Verdacht eines pflichtwidrigen Verhaltens oder gar einer Straftat aussetze.

Unterschrift

*) Nichtzutreffendes streichen

1.-3. Ausfertigung an Truppenärztin/Truppenarzt

Truppen(zahn)ärztliche Stellungnahme

1. Der Behandlungsanlass und -verlauf wurden in die G-Karte der Soldatin/des Soldaten eingetragen.

Diagnose: _____

2. Falls nicht aus der (den) Rechnung(en) erkennbar:

Aufgrund der vorgelegten Rechnung(en) und der Aussagen der Soldatin/des Soldaten wurden folgende ärztliche/zahnärztliche/ sonstige Leistungen erbracht:

Nr. der Gebührenordnungen für Ärzte/Zahnärzte, Beschreibung der sonstigen Leistungen

3. Bemerkungen

| |
|---------|
| Stempel |
|---------|

Ort, Datum

Unterschrift, Dienstgrad der Truppen(zahn)ärztin/
des Truppenzahnarztes

Ort, Datum

Az.: 42 - 75 - 21

Herrn /Frau

Wehrbereichsverwaltung _____ - IV 5
 Bundeswehrverwaltungsstelle

Berechnung der erstattungsfähigen Kosten

Gemäß § 15 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zu § 69 Abs. 2 BBesG/§ 6 WSG werden die notwendigen Kosten einer Behandlung im Ausland anlässlich eines privaten Aufenthaltes nur bis zur Höhe auf Bundesmittel übernommen, wie sie bei einer Erkrankung im Inland und Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte oder eines Krankenhauses zu angemessenen Sätzen ohne Berücksichtigung der für die Bundeswehr festgesetzten Gebührensätze entstanden wären.

Aufgrund Ihres umseitigen Schreibens vom _____ wurde ein erstattungsfähiger Betrag in Höhe von _____ € ermittelt.

Berechnung des erstattungsfähigen Betrages:

| Rechnungs-Datum | Betrag in Fremd-Währung | Inlandsberechnungsgrundlagen (Nr. der GOÄ/GOZ, Pflegesätze, Behandlungstage usw.) | Betrag € |
|---------------------|--|---|----------|
| a) | ambulante | Behandlung (Arzt-/Zahnartzkosten) | |
| | | | Summe |
| b) | stationäre | Behandlung (Krankenhaus-/Arzt-/Sachkosten) | |
| | | | Summe |
| c) | Arzneimittel-/Medizinprodukte-/Hilfsmittelkosten | | |
| | | | Summe |
| d) | Krankentransportkosten | | |
| | | | Summe |
| Gesamtbetrag | | | |

Leistungen aus der privaten Auslandsrankenversicherung wurden angerechnet *).
Die Höchstgrenze der Erstattungssätze nach Nrn. 1501 u. 1502 der ZDv 60/7 wurde beachtet.

***) Nicht zutreffendes streichen.**

Weitere Erläuterungen siehe besonderes Blatt

Es wurde der Wechselkurs vom _____ in Höhe von _____ der Berechnung zugrunde gelegt.

Der erstattungsfähige Betrag (bei stationärer Behandlung um das einzuzahlende Verpflegungsgeld gekürzt) wird Ihnen von der Wehrbereichsverwaltung/Bundeswehrverwaltungsstelle in auf das von Ihnen angegebene Konto überwiesen.

 Unterschrift, Dienstgrad

1. Ausfertigung an Antragsteller/Antragstellerin
2. Ausfertigung an WBV/BAWV