

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/Abendkost<sup>1)</sup>  
Entlassungstag: Morgenkost/Mittagskost/Abendkost<sup>1)</sup>

**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 <sup>1)</sup>.**

Raum für besondere Erläuterungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anlage: \_\_\_\_\_ Rechnung(en)/Festsetzung der Versicherung <sup>1)</sup>

**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-/Zahnarztkosten)	
			Summe
b)	stationäre	Behandlung (Krankenhaus-/Arzt-/Sachkosten)	
			Summe
c)	Arzneimittel-/Medizinprodukte-/Hilfsmittelkosten		
			Summe
d)	Krankentransportkosten		
			Summe
<b>Gesamtbetrag</b>			

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