

# Auslandfragebogen für Notfallbehandlungen



Der Fragebogen ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzliche Vertretung auszufüllen. Alle Fragen sind vollständig zu beantworten. Bitte senden Sie das Formular mit den Rechnungen umgehend an folgende Adresse: EGK-Gesundheitskasse, Service-Center, 4242 Laufen.

Vorname ..... Name ..... Tel. privat .....  
Versicherten-Nr. .... Tel. mobile .....

## 1 Handelt es sich um

- Krankheit       Unfall. Bei Unfall bitten wir Sie, die Fragen 5–6 zu beantworten und zusätzlich das Unfallformular der EGK auszufüllen. Das Unfallformular erhalten Sie unter [www.egk.ch](http://www.egk.ch) (Formulare) oder über Ihre Agentur.

## 2 Wann und in welchem Land sind Sie erkrankt?

.....

## 3 Aus welchem Grund wurde ein Arzt, Therapeut, Spital aufgesucht (Diagnose)?

.....  
.....

## 4 Behandlungszeit:

Ambulante Behandlungen      von ..... bis .....

Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

.....

Spitalaufenthalt      von ..... bis .....

5 Reisedaten      von ..... bis .....

## 6 Haben Sie eine Ferienversicherung abgeschlossen?

- Nein       Ja. Bei welcher Gesellschaft? Police Nummer?

.....

## 7 Bemerkungen

.....

Die unterzeichnende Person erklärt hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum .....      Unterschrift .....

# Kostenaufstellung

Vorname  Name  Tel. privat   
Versicherten-Nr.  Tel. mobile

Behandlungsdatum	Rechnungssteller (Arzt, Spital, usw.)	Land	Währung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bezugsdatum	Medikament (Name des Produkts)	Land	Währung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum  Unterschrift