

Časť C

**Kalkulation der voraussichtlichen Kosten der geplanten Gesundheitsfürsorge
und Bestätigung über den möglichen Empfang des Versicherten**

Versicherungsnehmer (Name, Vorname, Geburtsdatum):

.....
hat einen Antrag auf Genehmigung gem. § 9f Absatz. 1 des Gesetzes. 580/2004 Slg. über die
Krankenversicherung und über die Änderung des Gesetzes Nr. 95/2002 Slg. über Versicherung und
Änderungen bestimmter Gesetze in geänderter Fassung (weiter nur "Gesetz"), in der slowakischen
Krankenversicherungsanstalt, AG
der Bezahlung einer geplanten Behandlung im Umfang von:

.....
beim Erbringer der Gesundheitsfürsorge (Name, Adresse, Kontakt):

.....
gestellt.

Aus dem o. a. Grund bitten wir um eine Kalkulation der voraussichtlichen Kosten für die genannte
Behandlung.

Aufstellung der voraussichtlichen Kosten nach Posten	beglichen durch die zuständige Institution*	durch die zuständige Institution nicht beglichen*
Kosten für den Aufenthalt (Satz pro Tag x Anzahl der Tage)		
Kosten für Leistungen/Operation		
Sonstige Kosten (angeben)		
Voraussichtliche Kosten gesamt		
Vom Versicherten getragene Zuzahlungen	X	

Voraussichtliche Kosten gesamt:

Vertragliche Krankenkassen sind (Name und Adresse):

Wir bestätigen, dass unsere Arbeitsstelle den oben genannten Versicherten zur geplanten Behandlung empfangen
kann.

ja

nein

Unsere Arbeitsstelle akzeptiert das mobile Dokument S2 (im Sinne des Art. 20 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr.
883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates) oder das mobile Dokument DA 1 (im Sinne des Art. 36 Abs.
2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates) für die geplante Behandlung

ja

nein

Datum:

.....
Name, Unterschrift und Stempelabdruck des Erbringers
der Gesundheitsfürsorge im anderen Mitgliedstaat

* Zuständige Institution der sozialen Versicherung (Krankenversicherung), im anderen Mitgliedstaat