



**EUROPÄISCHE UNION**  
**GEMEINSAMES KRANKHEITS-**  
**FÜRSORGESYSTEM**

PERSONALNUMMER, NAME UND  
 VORNAMEN DES/DER VERSICHERTEN

.....  
 .....  
 .....

Handelt es sich um einen Unfall? Ja - nein  
 Falls ja, Tag des Unfalls: .....

Organ/Einrichtung: .....  
 Anschrift, an die die Antwort gehen soll:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Telefonnummer: .....

**Antrag auf vorherige Genehmigung**

Ärztliche Verordnung ausgestellt von: ..... am: .....

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten oder der Patientin: .....

Therapeutische Behandlungen: nur bei Überschreitung der Höchstzahl an Sitzungen (siehe Rückseite)

Art der Behandlung: ..... Anzahl der Sitzungen: .....

Chiropraktik oder Osteopathie für Kind unter 12 Jahren - Anzahl der Sitzungen: .....

Logopädie für Kind über 12 Jahren - Anzahl der Sitzungen: .....

Plastische Chirurgie oder ästhetische Behandlungen <sup>(3)</sup>: .....

Aufenthaltskosten im Pflege-/Erholungsheim <sup>(2)</sup>: ..... vom ..... bis .....

Genesungskur, Badekur, Kur für schwächliche Kinder <sup>(1)</sup>  
 für den Zeitraum vom ..... bis ..... in <sup>(2)</sup> .....

Kauf eines Rollstuhls und ähnlicher Hilfsmittel <sup>(3)</sup>: .....

Orthopädische Schuhe: .....

Geräte für medizinische Behandlungen (Aerosolzerstäuber, Blutdruckmessgerät, Glukosemessgerät) <sup>(3)</sup>:  
 .....

Aufenthaltskosten für Begleitperson (bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes über 12 Jahren): .....

Reisekosten bei Behandlung außerhalb des Ortes der dienstlichen Verwendung oder des Wohnsitzes: ....

Krankenpflegekosten - Anzahl Stunden: ..... für den Zeitraum vom ..... bis .....

Nicht in der Regel vorgesehene Leistungen (Anh. I Ziffer XV Abs. 2) <sup>(3)</sup>: .....

Pharmazeutisches Produkt, das eine Stellungnahme des Vertrauensarztes erfordert <sup>(3)</sup>: .....

**(Näheres umseitig)**

**Folgende Unterlagen müssen beigefügt werden:**

- (a) in allen Fällen eine ärztliche Verordnung, in der der Grund für die Behandlung angegeben ist
- (b) Kostenvoranschlag für Geräte, orthopädische Schuhe sowie Rollstuhl und ähnliche Hilfsmittel
- (c) bei einer Badekur oder einem Pflege- oder Erholungsheimaufenthalt: ein ausführlicher, an den Vertrauensarzt gerichteter ärztlicher Bericht (in verschlossenem Umschlag)

<sup>(1)</sup> Unzutreffendes streichen  
<sup>(2)</sup> Name und Anschrift der Einrichtung  
<sup>(3)</sup> Die Art des Eingriffs, der Behandlung, des Geräts oder des Produkts ist näher zu bezeichnen.

Datum: ..... Unterschrift des/der Versicherten: .....

Bei den therapeutischen Behandlungen ist eine vorherige Genehmigung nur dann erforderlich, wenn die in Anhang IV der Regelung unter A und B vorgesehene Höchstzahl an Sitzungen je Kalenderjahr überschritten wird; siehe hierzu folgende Aufstellung:

Kinesitherapie	60 Sitzungen pro Jahr
Physiotherapie	60 Sitzungen pro Jahr
Aerosoltherapie	30 Sitzungen pro Jahr
Infrarotbestrahlung, Ultraschallbehandlung	40 Sitzungen pro Jahr
Akupunktur, ausgeübt von einem Arzt	30 Sitzungen pro Jahr
Lasertherapie <sup>(1)</sup>	20 Sitzungen pro Jahr
Ultraviolettbestrahlungen	40 Sitzungen pro Jahr
Medizinische Fußpflege/Podologie	12 Sitzungen pro Jahr
Mesotherapie	30 Sitzungen pro Jahr
Psychotherapie	60 Sitzungen pro Jahr
Graphomotorik	60 Sitzungen pro Jahr
Psychomotorik	60 Sitzungen pro Jahr
Chiropraktik <sup>(2)</sup>	24 Sitzungen pro Jahr
Osteopathie <sup>(2)</sup>	20 Sitzungen pro Jahr
Logopädie <sup>(3)</sup>	60 Sitzungen pro Jahr

<sup>(1)</sup> Bei dermatologischen Behandlungen und Myopie-Operationen ist für die Lasertherapie eine vorherige Genehmigung erforderlich.

<sup>(2)</sup> Für Kinder unter 12 Jahren ist weiterhin eine vorherige Genehmigung erforderlich.

<sup>(3)</sup> Für Kinder über 12 Jahren ist weiterhin eine vorherige Genehmigung erforderlich.

Kosten für die Begleitperson: Bei Krankenhaushalt eines Kindes unter 12 Jahren ist eine vorherige Genehmigung nicht erforderlich.

Nicht in der Regelung vorgesehene Leistungen: Ernährungsberatung, Sehschule, Rückenschule, Tagesstättenaufenthalte usw.

Pharmazeutische Produkte, für die eine Stellungnahme des Vertrauensarztes erforderlich ist: Produkte ohne wirkliche heilende Wirkung wie z.B. Xenital, Raucherentwöhnungsprodukte, Rilatin usw. (siehe Verzeichnis der Produkte auf *Europaplus*) sowie diätetische Erzeugnisse, die als überlebenswichtig betrachtet werden (Anhang I der Regelung Teil V letzter Absatz).

Bei zahnärztlichen Leistungen (Zahnregulierung, Zahnbettbehandlung, Zahnersatz usw.) ist das Formular für einen Voranschlag für zahnärztliche Behandlung zu benutzen.