



**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

**TRASFERIMENTO ALL'ESTERO  
PER CURE DI ALTISSIMA  
SPECIALIZZAZIONE  
(MOD. 4 – TEDESCO)**

Rev. 2020

**ANTRAG AUF INFORMATIONEN (1) IN BEZUG AUF DIE WIRTSCHAFTLICHEN UND  
LOGISTISCHEN ASPEKTE DER GEPLANTEN KUREN (2) E 112 (S 2)**

*(Der vorliegende Antrag auf Informationen ersetzt in keiner Weise die von der EUGesetzgebung  
im Bereich der Sozialen Sicherheit vorgesehenen Anrechtsbescheinigungen)*

**Teil A) von Versicherte/r zusammenstellen**

**1. Versicherte/r, die/der von der zuständigen Stelle die Genehmigung erhält, die  
geplante Kur durchführen zu können**

Vorname, Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Land des Wohnsitzes: .....

Versicherungsnummer des Berechtigten der  
Genehmigung E 112 (S. 2).....

**2. Klinik/Krankenhaus, usw., die die geplante Kur erbringt**

Namen der Klinik/des Krankenhauses (*Leistungserbringer*): .....

: .....

Staat: .....

**Teil B) Informationen von Klinik/Krankenhaus, usw, die die geplante Kur erbringt  
ETWAIGE ANTRÄGE AUF ZAHLUNG UND BEDINGUNGEN FÜR DEN ZUGANG ZU DER  
KUR, WELCHE DEM PATIENTEN VOR DER ABREISE BEKANNT SEIN MÜSSEN  
(das betreffende Feld ankreuzen und einschlägige Informationen hinzufügen)**

**Der Patient muss nicht zahlen**   
**(Wenn dieses Feld angekreuzt wird, erübrigen sich weitere Informationen)**

Datum der Antwort .....

(Der Verantwortliche der Verbindungsstelle des Staates, in dem die Kur erfolgt)

.....

**3.**

**Datum Eingriff/Leistung/Dauer der Kur:**

- Das Datum des Eingriffs und/oder die Dauer der Leistungserbringung wurden  
Festgelegt  .....

**Gibt es eine Warteliste?**  angeben (wenn Datum/Dauer bekannt ist) .....

**Kosten (3) , die der Patient dem Leistungserbringer entrichten muss:**

- um in die Warteliste aufgenommen zu werden  ..... (den Betrag angeben)

- sind eine Anzahlung  , Kostenbeteiligung  oder andere Kosten vorgesehen?  .  
..... (den Betrag angeben)

- Kosten für Transporte zwischen gesundheitlichen Einrichtungen  .....  
(Kostenbetrag angeben)

- Kosten, die für das Operationsteam anfallen  ..... (Betrag angeben)

- Unterschied zwischen den effektiven Kosten für die Leistung und dem DRG-Tarif  
.....(Betrag angeben)

- für ein Einzelzimmer anstatt eines Mehrbettzimmers  .....(Betrag angeben)

- andere kostenpflichtige Leistungen  (Art und Kostenbetrag angeben):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**KOSTEN FÜR DEN PATIENTEN INSGESAMT (3).....**

**Hiermit wird erklärt, dass die oben genannten Zahlungen und Bedingungen für den Zugang zu den Leistungen, die vom italienischen Patienten verlangt werden, auch für die Versicherten des Staates gelten, in dem die geplanten Kuren erfolgen.**

Datum der Antwort .....

(Der Verantwortliche der Verbindungsstelle des Staates, in dem die Kur erfolgt)

.....

*ANMERKUNG (1) Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Stellen – (Art. 84 der EWG - Bestimmung 1408/71) – Art. 76 EG Re. 883/2004: "... Die Einrichtungen antworten innerhalb eines vernünftigen Zeitraums nach dem Prinzip der guten Verwaltung auf alle Anfragen und erteilen allen betroffenen Personen die Auskünfte, die notwendig sind, um die ihnen durch diese Bestimmung gegebenen Rechte geltend machen zu können". Nur Teil B (2:) geplante Kuren muss ausgefüllt werden: Art. 26 EG Reg 987/2009 (Art. 22 von Reg 574/72); (3) Die Beträge sind in Euro anzugeben; wenn es sich um eine andere Währung als den Euro handeln sollte, den Namen der Währung angeben.*