

## ANTRAG AUF KOSTENBETEILIGUNG EINER AUßERGEWÖHNLICHEN BEHANDLUNG IM AUSLAND

### 1. Antragsteller

#### Allgemeine Angaben

Anrede	<input type="text"/>
Name (Geburtsname)	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Nationalregisternummer	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

#### Adresse

Straße	<input type="text"/>
Hausnr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>
Gemeinde	<input type="text"/>

#### Krankenkasse

Name	<input type="text"/>
Code titulaire	<input type="text"/>

## 2. Angaben zur ausländischen Langzeitrehabilitationseinrichtung

### **Einrichtung**

Name	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Hausnr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>

### **Ansprechpartner**

Titel	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

### 3. Interessenserklärung

Ich bestätige mit diesem Formular meine Anfrage auf eine Langzeitrehabilitationsmaßnahme im Ausland für den Zeitraum

vom	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bis zum	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mit mir wurden die Ziele für die Maßnahme vereinbart und ich bin bereit an diesen zu arbeiten.

Ich verpflichte mich, die Langzeitrehabilitationsmaßnahmen wie im beiliegenden Behandlungsplan vorgesehen durchzuführen.

Ich bin in der Lage eigenständig und aus eigenen finanziellen Mitteln die Reisekosten zu tragen.

Jegliche falsche oder unvollständige Erklärung (beabsichtigt oder nicht) kann die Verweigerung oder die Rückforderung der Erstattung zur Folge haben.

Hiermit erkläre ich mich
<input type="radio"/> einverstanden <input type="radio"/> nicht einverstanden

dass mein Antrag weitergeleitet wird an die zuständige Krankenkasse, falls sich mein Antrag nicht auf eine Langzeitrehabilitationsmaßnahme bezieht, sondern auf eine Leistung die in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkasse fällt.

Folgende Anhänge müssen dem Formular beigefügt sein (verpflichtend, ohne Antrag nicht möglich):

- [Belgischer Facharztbericht](#)
- [Behandlungsplan aus dem Ausland](#)
- Kostenvoranschlag aus dem Ausland

Bitte senden Sie den vollständigen Antrag, einschließlich Anlagen, mit dem Vermerk „VERTRAULICH“ an das  
Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Fachbereich Gesundheit und Senioren

Frau Cécile Crott

Gospertstraße 1

4700 Eupen

Nach Eingang des Antrags, wird Ihnen eine Empfangsbestätigung zugestellt.

Datum	Unterschrift Antragsteller