

**ANTRAG AUF VORHERIGE GENEHMIGUNG  
ODER VERLÄNGERUNG EINER VORHERIGEN GENEHMIGUNG**

**Bei der zuständigen Abrechnungsstelle des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems (GKFS) einzureichen:  
Anschrift siehe letzte Seite**

Name, Vorname des Versicherten:.....  
Personal-/Pensionsnr.:.....  
Organ und Dienstort:..... Büroadresse:.....  
Tel.: .....  
Privatadresse (bei Ruhegehaltsempfängern) / E-Mail: .....  
.....  
Datum des Dienst- / Vertragsendes: ..... (bei Zeit-/Vertragsbediensteten)

☐ Antrag auf **vorherige Genehmigung** <sup>1</sup> :

☐ des/der Hauptversicherten ☐ des/der Ehegatten/in oder anerkannten Partners/in ☐ eines Kindes ☐ einer einem  
unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellte Person  
Name, Vorname:..... Geburtsdatum:.....

☐ Antrag auf **VERLÄNGERUNG** einer vorherigen Genehmigung <sup>1</sup> :

☐ des/der Hauptversicherten ☐ des/der Ehegatten/in oder anerkannten Partners/in ☐ eines Kindes ☐ einer einem  
unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellte Person

Name, Vorname:..... Geburtsdatum:.....  
Referenznummer der Vorherigen Genehmigung:..... Enddatum:.....

Behandlungen für die keine Vorherige Genehmigung erforderlich sind, die aber die Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr  
**überschreiten** (Art der Behandlung ist anzugeben) <sup>(4)</sup>  
.....

☐ **Ärztliche Verordnung / ausführlicher ärztlicher Befund (in geschlossenem Umschlag zu Händen des  
Vertrauensarztes beizufügen)**<sup>2</sup>

von Dr ..... Datum .....

Falls in Zusammenhang mit:

☐ **SCHWERER KRANKHEIT: Referenznummer Entscheidung** ..... **Enddatum:** .....

☐ **UNFALL:** ☐ des/r Hauptversicherte(n): **Datum des Unfalls** .....

☐ einer durch den/die Hauptversicherte(n) im GKFS mitversicherten Person (nur bei Fremdverschulden)

☐ **BERUFSKRANKHEIT (ACC) : Datum** .....

**Ich habe die geltenden Bedingungen und Vorschriften zur Kenntnis genommen und verpflichte mich  
zu deren Einhaltung.**

Datum .....

Unterschrift des Antragstellers

☐ Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossene Person<sup>1</sup>  
☐ Andere Person<sup>1</sup> die den Antragsteller vertritt:

Name, Vorname:.....

Verarbeitung entsprechend der Verordnung (EG) Nr. 2018/1725 [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2018.295.01.0039.01.FRG&toc=OJ.L.2018.295.TOC](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.295.01.0039.01.FRG&toc=OJ.L.2018.295.TOC)

<sup>1</sup> Entsprechendes Kästchen ankreuzen

<sup>2</sup> Bestimmte Behandlungen unterliegen besonderen Bedingungen bezüglich der ärztlichen Verordnung (zum Beispiel Psychotherapie die durch einen Psychiater/Neuropsychiater/Neurologen verschrieben wird): beachten Sie hierzu Titel II der Allgemeinen Durchführungsbestimmungen (ADB) für nähere Angaben zu diesen Bedingungen.

### ERSTATTUNG EINER VORHERIGEN GENEHMIGUNG <sup>3</sup>:

	DIVERSE BEHANDLUNGEN	Bemerkung	GKFS Code
	Anzahl der ärztlich verordneten Sitzungen: .....		
<input type="checkbox"/>	Lymphdrainage	1	401
<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	1	402
<input type="checkbox"/>	Ambulante, interdisziplinäre funktionelle Rehabilitation in einer klinischen Einrichtung	1	403
<input type="checkbox"/>	Rehabilitation nach der Rückenschulemethode / MDX / DBC	1	404
<input type="checkbox"/>	Chiropraxie / Osteopathie für Kinder unter 12 Jahren	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Mesotherapie	1	407
<input type="checkbox"/>	UV-Bestrahlung	1	408
<input type="checkbox"/>	Stoßwellenbehandlung (Rheumatologie)	1	409
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie durch einem Psychologen / Psychotherapeuten: Einzelsitzung	1	420
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie durch einem Psychologen / Psychotherapeuten: Familiensitzung	1	421
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie durch einem Psychologen / Psychotherapeuten: Gruppensitzung	1	422
<input type="checkbox"/>	Interdisziplinäre neuro-psychologische Bestandsaufnahme	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopädie/Orthophonie für Personen ab 12 Jahren	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Orthoptie	1	429
<input type="checkbox"/>	Medizinisch indizierte Endermologie	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Epilation, begrenzte Hypertrichose	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Epilation, intensive Hypertrichose	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Laser- oder dynamische Phototherapie (Dermatologie)	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Lasertherapie von einem praktischen Arzt durchgeführt	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Druckkammer	1	440
<input type="checkbox"/>	Andere Behandlungen, die nicht in Titel II, Kapitel 8, Punkt 2 der ADB aufgeführt sind	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	Behandlungen für die keine Vorherige Genehmigung erforderlich sind, die aber die Höchstzahl der Sitzungen pro Jahr überschreiten (Art der Behandlung ist anzugeben) <sup>4</sup> .....	1 + 2	

	MEDIZINISCHES HILFSPERSONAL	Bemerkung	GKFS Code
<input type="checkbox"/>	Krankenpflegeleistungen durch medizinisches Hilfspersonal, zusätzlich zu Hauspflegeleistungen	1	560

	KRANKENPFLEGE		
<input type="checkbox"/>	Vorübergehende häusliche Krankenpflegeleistungen (maximal 60 Tage)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Langfristige häusliche Krankenpflegeleistungen	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Krankenpflegeleistungen in der Krankenanstalt	1	763

	DAUERHAFT ODER LANGFRISTIGE AUFENTHALTE IN PARAMEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN		
<input type="checkbox"/>	Aufenthalt/Pflege in einer anerkannten Senioren- oder Pflegeeinrichtung	1 + 3	701 bis 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Aufenthalt/Pflege in einer Tagespflegestätte	1 + 3	711 bis 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Aufenthalt/Pflege in einer außerklinischen Entziehungseinrichtung	1	730 bis 732

#### BEMERKUNGEN: Zusätzlich anzugebende Informationen:

Bitte füllen Sie ihr Antragsformular auf Vorherige Genehmigung unter Berücksichtigung der Bemerkungen zu oben angegebenen Behandlungsarten aus:

- ☐ Bemerkung 1:  
**Name des (der) Krankenpfleger/s(in) / Einrichtung:** .....  
**Fachgebiet des (der) Krankenpfleger/s(in) / Art der Einrichtung:** .....  
**Adresse des (der) Krankenpfleger/s(in) / Einrichtung (+ Tel. / Fax wenn möglich):** .....  
 .....
- ☐ Bemerkung 2: **Art des Eingriffs / der Behandlung / des Geräts / des Produkts/ sonstiges (siehe ärztliche Verordnung)**  
 .....  
 .....

<sup>3</sup> Entsprechendes Kästchen ankreuzen

<sup>4</sup> **Anzahl der Sitzungen pro Jahr ohne vorherige Genehmigung:** Heilgymnastik, Physiotherapie und gleichartige Behandlungen (60); Chiropraxie/Osteopathie für Personen ab 12 Jahren (24); Akupunktur (30); Aerosoltherapie (30); Konsultation eines Ernährungsspezialisten (10); Psychotherapie durch Psychiater (30); Logopädie/Orthophonie für Kinder bis zu 12 Jahren (180 über mehrere Jahre); Psychomotorik/Grafomotorik (60); Medizinische Fußpflege (12)

☐ **Bemerkung 3: Formular zur Bewertung der Hilfsbedürftigkeit ist durch den behandelnden Arzt auszufüllen (siehe ADB, Titel II, Kapitel 3).....**

	<b>LABORUNTERSUCHUNGEN UND SONSTIGE DIAGNOSTISCHE VERFAHREN</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>GKFS Code</b>
<input type="checkbox"/>	Analysen / Untersuchungen, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist	2	545

	<b>ARZNEIMITTEL</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>GKFS Code</b>
<input type="checkbox"/>	Arzneimittel, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Diätetische Nahrungsmittel	2	522

	<b>KRANKENHAUSAUFENTHALT, CHIRURGISCHE EINGRIFFE, IN-VITRO-BEFRUCHTUNG</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>GKFS Code</b>
<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalte und besondere Behandlungen, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Korrektive und rekonstruktive plastische Operationen	1 + 2	201 a 209
<input type="checkbox"/>	In-Vitro-Befruchtung (IVB)	2	260/261

	<b>KURAUENTHALT</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>GKFS Code</b>
<input type="checkbox"/>	Aufenthalts-/ Pflegekosten für Genesungs- und postoperative Kuren	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Pflegekosten für Badekuren	1 + 2	492 a 498
<input type="checkbox"/>	Pflegekosten für Badekuren aufgrund schwerer Krankheit	1 + 2	499

	<b>TRANSPORTKOSTEN</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>GKFS Code</b>
<input type="checkbox"/>	Transportkosten (kein Notfall), für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist Transportmittel : ..... <b>Häufigkeit (Anzahl der erforderlichen Fahrten): ..... Km (H/Z): .....</b>		291
<input type="checkbox"/>	Transportkosten für eine Begleitperson Transportmittel: ..... <b>Häufigkeit (Anzahl der erforderlichen Fahrten): ..... Km (H/Z): .....</b> <b>Name der Begleitperson: .....</b>		291

	<b>KOSTEN FÜR EINE BEGLEITPERSON</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>GKFS Code</b>
<input type="checkbox"/>	Kosten für eine Begleitperson im Krankenhaus <b>Anzahl der Tage: .....</b> <b>Name der Begleitperson: .....</b>	1	222
<input type="checkbox"/>	Kosten für eine Begleitperson (während Kuraufenthalts eines Kindes - jünger als 14 Jahre) <b>Anzahl der Tage: .....</b> <b>Name der Begleitperson: .....</b>	1	222

**BEMERKUNGEN: Zusätzlich anzugebende Informationen:**

Bitte füllen Sie ihr Antragsformular auf Vorherige Genehmigung unter Berücksichtigung der Bemerkungen zu oben angegebenen Behandlungsarten aus:

- ☐ **Bemerkung 1:**  
**Name des (der) Krankenpfleger/s(in) / Einrichtung: .....**  
**Fachgebiet des (der) Krankenpfleger/s(in) / Art der Einrichtung:.....**  
**Adresse des (der) Krankenpfleger/s(in) / Einrichtung (+ Tel. / Fax wenn möglich): .....**  
 .....  
 .....
- ☐ **Bemerkung 2: Art des Eingriffs / der Behandlung / des Geräts / des Produkts/ sonstiges (siehe ärztliche Verordnung)**  
 .....  
 .....

	PROTHESEN, ORTHOPÄDISCHES MATERIAL	Bemerkung	GKFS Code
<b>Preis für die Anschaffung:</b> .....			
<input type="checkbox"/>	Hörgerät: besondere Fälle - ADB - Titel II, Kapitel 11, Punkt 2.4 (Kinder bis zum 18. Lebensjahr bei schwerer Erkrankung der Hörsphäre)	2	821
<input type="checkbox"/>	Material für insulinbehandelte Diabetes	2	842
<input type="checkbox"/>	Material für nicht insulinabhängige Typ 2-Diabetes	2	843
<input type="checkbox"/>	Glukosemessgerät für Diabetes		875
<input type="checkbox"/>	Inkontinenzmaterial		844
<input type="checkbox"/>	Paar maßgefertigte orthopädische Korrekturschuhe	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Haarprothese – Perücke		861
<input type="checkbox"/>	Glieder, Gliedsegmente: Anschaffung / Reparatur	2	862
<input type="checkbox"/>	Schlafapnoegerät (CPAP): Kauf		865
<input type="checkbox"/>	Schlafapnoegerät (CPAP): Miete für mehr als 3 Monate		866
<input type="checkbox"/>	Schlafapnoegerät (CPAP): Zubehör und Wartung außerhalb des Anschaffungsjahres		867
<input type="checkbox"/>	Blutdruckmessgerät		870
<input type="checkbox"/>	Aerosol : Kauf		871
<input type="checkbox"/>	Aerosol : Miete für mehr als 3 Monate		872
<input type="checkbox"/>	Vakuumsysteme für die Behandlung von Impotenz		876
<input type="checkbox"/>	Gerinnungsmessgerät (im Falle lebenslanger Antigerinnung)		877
<input type="checkbox"/>	Fahrgestell: Kauf		881
<input type="checkbox"/>	Fahrgestell: Miete für mehr als 3 Monate		882
<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl, Duschstuhl: Kauf		883
<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl, Duschstuhl: Miete für mehr als 3 Monate		884
<input type="checkbox"/>	Krankenhausbett (zu Hause): Kauf		885
<input type="checkbox"/>	Krankenhausbett (zu Hause): Miete für mehr als 3 Monate		886
<input type="checkbox"/>	Dekubitus-Matratze: Kauf		887
<input type="checkbox"/>	Dekubitus-Matratze: Miete für mehr als 3 Monate		888
<input type="checkbox"/>	Rollstuhl: Kauf	2	890
<input type="checkbox"/>	Rollstuhl: Miete	2	891
<input type="checkbox"/>	Rollstuhl: Reparatur	2	892
<input type="checkbox"/>	sonstige Geräte + Geräte, deren Kosten auf mehr als 2000 € veranschlagt werden <b>(2 ausführliche, vergleichbare Kostenvorschläge unbedingt erforderlich)</b>	2	895
<input type="checkbox"/>	sonstige Geräte: Miete	2	896

**BEMERKUNGEN: Zusätzlich anzugebende Informationen:**

Bitte füllen Sie ihr Antragsformular auf Vorherige Genehmigung unter Berücksichtigung der Bemerkungen zu oben angegebenen Behandlungsarten aus:

☐ **Bemerkung 2: Art des Eingriffs / der Behandlung / des Geräts / des Produkts/ sonstiges (siehe ärztliche Verordnung)**

.....  
 .....

**Adressen der Abrechnungsstellen des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems (GKFS)**

<b>Abrechnungsstelle Brüssel Europäische Kommission</b>	<b>Abrechnungsstelle Ispra Europäische Kommission</b>	<b>Abrechnungsstelle Luxemburg Europäische Kommission</b>
JSIS Brüssel - Vorherige Genehmigung 1049 Brüssel, BELGIEN	JSIS Ispra - Vorherige Genehmigung PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 21027 Ispra, ITALIEN	JSIS Luxemburg - Vorherige Genehmigung DRB - B1/073 2920 Luxemburg, LUXEMBURG
Hotline JSIS Contact +32-2-29 97777 (9:30-12:30)	Hotline JSIS Contact +39-0332-785757 (9:30-12:30)	Hotline JSIS Contact +352-4301 36100 (9:30-12:30)
<b>STAFF Contact –</b> <a href="https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx">https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx</a>		