



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** ¹ :
 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 ¹ :
 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) ⁽⁴⁾

Ärztliche Verordnung / ausführlicher ärztlicher Befund (in geschlossenem Umschlag zu Händen des Vertrauensarztes beizufügen) ²
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)
- BERUFSSKRANKHEIT (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 Person¹
 Andere Person¹ die den Antragsteller vertritt:

Name, Vorname:.....

Verarbeitung gemäß Verordnung 45/2001 - https://intracomm.ec.europa.eu/pers_admin/sick_insur/pdf/confidentialite_en_art72_73.pdf

¹ Entsprechendes Kästchen ankreuzen

² 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 ³:

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)⁴	1 + 2	

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

KRANKENPFLEGE		Bemerkung	GKFS Code
<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

DAUERHAFTES ODER LANGFRISTIGES AUFENTHALT IN PARAMEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN		Bemerkung	GKFS Code
<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 Tagespflegestelle	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)**

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

³ Entsprechendes Kästchen ankreuzen

⁴ **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)

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

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

	KRANKENHAUSAUFENTHALT, CHIRURGISCHE EINGRIFFE, IN-VITRO-BEFRUCHTUNG	Bemerkung	GKFS Code
<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

	KURAUFWENTHALT	Bemerkung	GKFS Code
<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

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

	KOSTEN FÜR EINE BEGLEITPERSON	Bemerkung	GKFS Code
<input type="checkbox"/>	Kosten für eine Begleitperson im Krankenhaus Anzahl der Tage: Name der Begleitperson:	1	222
<input type="checkbox"/>	Kosten für eine Begleitperson (während Kuraufenthalts eines Kindes - jünger als 14 Jahre) Anzahl der Tage: Name der Begleitperson:	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
Preis für die Anschaffung:			
<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 (2 ausführliche, vergleichbare Kostenvorschläge unbedingt erforderlich)	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)

Abrechnungsstelle Brüssel Europäische Kommission SC27 0/05 B-1049 Brüssel	Abrechnungsstelle in Ispra PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	Abrechnungsstelle in Luxemburg DRB - B1/076 ou B1/077 L-2920 Luxemburg
--	--	---

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>

+ 32 (0)2 29 **97777**