

...beruhigt in die Zukunft sehen

# Formular zur Behandlungsanfrage

Bitte lesen Sie das nachstehende Formular sorgfältig durch, füllen Sie alle relevanten Informationen in GROSSBUCHSTABEN aus und kreuzen Sie die relevanten Kästchen an (✓).

Ist dies eine ergänzende Fortsetzung einer bestehenden Behandlungsanfrage

Ja  Nein

Falls „Ja“, bitte die ID-Referenznummer der Behandlungsanfrage angeben

## Wichtige Informationen - bitte sorgfältig lesen

Befolgen Sie bitte die nachstehenden Richtlinien, damit wir Ihre medizinischen Kosten baldmöglichst begleichen können. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an **unsere Beratungsstelle unter +353 1 629 7140**.

### Für den Patienten:

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie die Abschnitte 1, 2 und 3 ausgefüllt haben und dass Ihr medizinischer Versorger und Arzt alle Fragen in den Abschnitten 4 und 5 ausfüllt. Wenn dieses Formular nicht vollständig ausgefüllt wird, kann sich die Gewährleistung Ihrer Behandlung verzögern, weil wir bei Ihnen oder Ihrem medizinischen Versorger weitere Informationen einholen müssen.

Die Police des Patienten muss zur Zeit der Behandlung gültig sein. Bitte beachten Sie, dass die Gewährleistung der Zahlung den allgemeinen Bedingungen der Versicherungspolice sowie der medizinischen Bewertung der gesamten Dokumentation unterliegt, die bereits von Allianz Worldwide Care hinsichtlich dieser Beschwerden erhalten wurde oder noch zu erhalten ist.

**Bitte schicken Sie das Formular für eine Behandlungsanfrage an Allianz Worldwide Care, und zwar mindestens FÜNF Arbeitstage vor der Behandlung, per:**

- Scan und E-Mail an: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com) oder
- Fax an +353 1 653 1780 oder
- Post an: à la carte healthcare claims, Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland

Die Behandlungsanfrage wird nicht vor einer **Notfallbehandlung** benötigt, jedoch müssen Sie, Ihr Arzt, einer Ihrer Angehörigen oder Kollegen uns innerhalb von 24 Stunden nach dem Vorfall über die stationäre Aufnahme in Kenntnis setzen.

Bitte beachten Sie, dass die Beratungsstelle Behandlungsanfragen per Telefon annehmen kann, wenn die Behandlung **innerhalb von 72 Stunden** stattfinden muss. Bitte halten Sie möglichst viele Angaben bereit, die Sie uns per Telefon mitteilen können, einschließlich der Kontaktdaten Ihres Arztes.

## Abschnitt 1 - Patientenangaben

Vom Patienten (oder in dessen Namen) auszufüllen.

Nummer der Police

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

## Abschnitt 2 - Kontaktinformationen

Bitte angeben, wer im Verlauf dieser Behandlungsanfrage kontaktiert werden soll.

### Kontakt 1:

Name

Beziehung zum Patienten, z. B. selbst, (Ehe-)Partner, Elternteil

Telefonnummer (tagsüber)

Telefonnummer (abends)

Fax (einschließlich Landesvorwahl)

E-Mail

### Kontakt 2 (optional):

Name

Beziehung zum Patienten, z. B. selbst, (Ehe-)Partner, Elternteil

Telefonnummer (tagsüber)

Telefonnummer (abends)

Fax (einschließlich Landesvorwahl)

E-Mail

### Abschnitt 3 - Unterschrift des Patienten und Freigabe der Patientenakten

Hiermit bevollmächtige ich meinen Arzt, medizinischen Experten oder eine andere relevante medizinische Einrichtung, Gesundheitsangaben oder Patientenakten zur Verfügung zu stellen, die von ALC Health, Allianz Worldwide Care oder deren ernannten Vertretern angefordert werden.

Wenn ein minderjähriger Patient (jünger als 18 Jahre) behandelt wurde, muss ein Elternteil oder Vormund diesen Abschnitt unterzeichnen.

Unterschrift des Patienten

Datum (TT.MM.JJJJ)

#### An den medizinischen Versorger:

Falls eine zusätzliche Behandlung erforderlich sein sollte, muss Allianz Worldwide Care benachrichtigt werden.

Das Krankenhaus muss dieses Formular zur Behandlungsanfrage und die entsprechenden Rechnungen innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung des Patienten an Allianz Worldwide Care schicken.

Wenn die Rechnungen später als 60 Tage nach der Entlassung des Patienten eingehen, dann liegt die Annahme der Verantwortlichkeit für diese Ausgaben im Ermessen von Allianz Worldwide Care.

### Abschnitt 4 - Ärztliches Attest - vom medizinischen Versorger auszufüllen

#### Vollständig vom medizinischen Versorger auszufüllen

Bitte kreuzen Sie die relevante Behandlungskategorie an:

Medizinisch     Mutterschaft     Psychiatrie     Onkologie     Rehabilitation

#### Für (teil-)stationäre Behandlung:

Geplantes Aufnahmedatum (TT.MM.JJJJ)

Für eine Behandlung in Deutschland (DRG) bitte Basisfallpreis bestätigen

Wurde ein Paketpreis angeboten?

Ja

Nein

Falls nein, bitte Aufschlüsselung der geschätzten Kosten einschließlich Währung angeben:

Krankenhauskosten

Honorar des Chirurgen/Arztes

Honorar des Anästhesisten

Name des Krankenhauses/  
der Einrichtung

Adresse

Land

Telefonnummer (einschließlich  
Landesvorwahl)

Fax (einschließlich  
Landesvorwahl)

E-Mail

Geschätzte Aufenthaltsdauer    Anzahl an Tagen

Anzahl an Nächten

#### Angaben des behandelnden/einweisenden Arztes:

Name

Telefonnummer (einschließlich  
Landesvorwahl)

Fax (einschließlich  
Landesvorwahl)

E-Mail

Datum der ersten ärztlichen Hilfe bei diesen Beschwerden? (TT.MM.JJJJ)

Datum, an dem diese Beschwerden erstmals diagnostiziert wurden? (TT.MM.JJJJ)

An welchem Datum waren die Symptome erstmals für den Patienten bemerkbar? (TT.MM.JJJJ)

## Abschnitt 5 - Vom behandelnden Arzt auszufüllen

### Angaben des überweisenden Arztes:

Name

Telefonnummer (einschließlich Landesvorwahl)

Fax (einschließlich Landesvorwahl)  E-Mail

Datum der Überweisung (TT.MM.JJJJ)

### Diagnose:

Bitte ICD 9/ICD 10/DSM IV/DRG/einen anderen Diagnosecode und eine vollständige Beschreibung zur Verfügung stellen:

ISD 9/ICD 10  DSM IV  DRG  Anderer Code

Beschreibung

Bitte Angaben zur derzeitigen Medikation des Patienten machen

Geplante(r) Ablauf/Behandlung

Für eine Behandlung in den USA/dem Vereinigten Königreich bitte CPT/CCSD-Code(s) und eine vollständige Beschreibung zur Verfügung stellen.

CPT-Code(s)

CCSD-Code(s)

Beschreibung

### Mutterschaft:

Datum, an dem die Schwangerschaft von Arzt bestätigt wurde (TT.MM.JJJJ)

Erwartetes oder tatsächliches Entbindungsdatum (TT.MM.JJJJ)

Wird die Geburt eines einzigen Babys erwartet? Ja  Nein

Falls „Nein“, ist die Schwangerschaft ein Ergebnis einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung, bei der es sich nicht um künstliche Befruchtung handelt? Ja  Nein

### Bitte unterzeichnen und mit einem offiziellen Stempel bekräftigen

Unterschrift des Arztes

Datum (TT.MM.JJJJ)

Die Vertraulichkeit der Informationen der Patienten und Mitglieder ist besonders wichtig für Allianz Worldwide Care. Allianz Worldwide Care befolgt die europäische Gesetzgebung zum Datenschutz und die Richtlinien über internationale medizinische Vertraulichkeit. Sie haben das Recht auf Zugriff auf Ihre persönlichen Angaben. Sie haben auch das Recht auf Aufforderung zur Änderung oder Löschung von Informationen, die Ihrer Ansicht nach falsch oder veraltet sind.

Offizieller Stempel des medizinischen Versorgers

**HAUPTSITZ**

Chanctonfold Barn Chanctonfold Horsham Road  
Steyning West Sussex BN44 3AA Großbritannien  
T +44 (0) 1903 817970 F +44 (0) 1903 879719  
[www.alchealth.com](http://www.alchealth.com) [www.alctravel.eu](http://www.alctravel.eu)  
[www.prima-iberica.eu](http://www.prima-iberica.eu)

**EUROPÄISCHE NIEDERLASSUNG**

Centro Plaza Oficina 10  
Planta 1 Nueva Andalucia  
29660 Marbella Málaga Spanien  
T +34 952 93 16 09  
F +34 952 90 67 30 CIF N0069627H

