



## Anspruch auf Gesundheitsleistungen unter der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (\*)

### INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Dieses Dokument dient versicherten Personen, die sich in einen anderen EU-Staat, als den Staat der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten begeben, um dort zu wohnen oder sich aufzuhalten. Sie müssen dieses Dokument dem Krankenversicherungsträger/ dem Versicherungsträger für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Wohn- oder Aufenthaltsstaat vorlegen, um einen Anspruch auf Gesundheitsleistungen zu erwerben.

Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den am Aufenthaltsort geltenden nationalen Erstattungssätzen.

Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

### 1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

- |   |   |
|---|---|
| 1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat |   |
| 1.2 Nachname  |   |
| 1.3 Vorname(n)  |   |
| 1.4 Geburtsname (**)  |   |
| 1.5 Geburtsdatum  |   |
| 1.6 Status  |   |
| <input type="checkbox"/> 1.6.1 Arbeitnehmer/in                  | <input type="checkbox"/> 1.6.2 Selbstständig erwerbstätige Person |
| <input type="checkbox"/> 1.6.3 Arbeitslos                       |   |
| 1.7 Anschrift im Wohnsitz-/Aufenthaltsstaat                     |   |
| 1.7.1 Straße, Nr.   | 1.7.3 Postleitzahl  |
| 1.7.2 Ort   | 1.7.4 Länderschlüssel   |

### 2. DER/DIE INHABER/IN KANN SACHLEISTUNGEN IN ANSPRUCH NEHMEN

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2.1.1 wegen Arbeitsunfall   | <input type="checkbox"/> 2.1.2 wegen einer Berufskrankheit     |
| 2.2 Voraussichtlicher Zeitraum der Behandlung  |  |
| <input type="checkbox"/> 2.2.1 für einen Zeitraum nach den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaats |  |
| <input type="checkbox"/> 2.2.2 Beginn  | Ende   |
| <input type="checkbox"/> 2.2.3 für höchstens drei Monate   | <input type="checkbox"/> 2.2.4 für einen unbegrenzten Zeitraum |

(\*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004 Artikel 36 und Verordnung (EG) Nr. 987/2009 Artikel 33.

(\*\*) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

DA1



## Anspruch auf Gesundheitsleistungen unter der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

### 3. DER/DIE INHABER/IN HAT ANSPRUCH AUF GESUNDHEITSLAISTUNGEN AUFGRUND

- 3.1 des Arbeitsunfalls 3.1.1 vom (Datum)  
3.1.2 mit nachstehenden Folgen
- 3.2 der festgestellten Berufskrankheit 3.2.1 vom (Datum)  
3.2.2 mit nachstehenden Folgen
- 3.3 der Genehmigung, die wir der betroffenen Person gegeben, den Anspruch auf Sachleistungen zu behalten in dem Staat, in den sie sich begibt,
- 3.3.1 um zu wohnen
- 3.3.2 um medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen

### 4. DER BERICHT UNSERES BEHANDELNDEN ARZTES

- 4.1 ist in einem versiegelten Umschlag beigelegt  4.2 wird auf Anfrage zugeleitet
- 4.3 wurde versendet 4.3.1 am 4.3.2 an
- 4.4 wurde nicht erstellt

### 5. AUSSTELLENDER TRÄGER

- 5.1 Name
- 5.2 Straße, Nr.
- 5.3 Ort
- 5.4 Postleitzahl 5.5 Ländercode
- 5.6 Kenn-Nummer des Trägers
- 5.7 Faxnummer
- 5.8 Telefonnummer
- 5.9 E-Mail
- 5.10 Datum
- 5.11 Unterschrift

#### STEMPEL