



**Ansuchen um Rückerstattung der Kosten in indirekter Form für die ärztliche Betreuung in einer hoch spezialisierten Einrichtung im Ausland/in Italien laut Art. 4 des M.D. vom 03.11.1989 und Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 01.12.2000 bzw. Beschluss der L.R. Nr. 211 vom 23.02.2016**

**Domanda di concorso spesa per prestazioni assistenziali da fruire in forma indiretta in una struttura altamente specializzata all'estero/in Italia ai sensi dell'art. 4 del D.M. 3.11.89 e D.P.C.M. 1.12.2000 risp. delibera della G.P. del 23.02.2016 n. 211**

Der/Die unterfertigte

geboren am

geboren in

Steuernummer

wohnhaft in (Gemeinde)

PLZ

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

anerkannte Invalidität

zertifizierte E-Mailadresse PEC

**ersucht**

- für sich
- für folgendes Familienmitglied (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

anerkannte Invalidität

Anerkennung der Behinderung gemäß Art. 3, Absatz 3 des Gesetzes Nr. 104/1992

- JA
- NEIN

**um die vorhergehende Genehmigung** durch die regionale Bezugsstelle der Autonomen Provinz Bozen (Landeskommission für die Entscheidung über die Beschwerden in Bezug auf die gesundheitliche Betreuung), angesiedelt beim Assessorat für Gesundheitswesen, Amt für Gesundheitssteuerung, Kanonikus-Michael-Gamper-Str. 1 **zur Vergütung der Auslagen** für die nachstehenden Leistungen, welche **in folgender hoch spezialisierten Einrichtung** erbracht werden:

Il sottoscritto/La sottoscritta

nato/nata il

nato/a a

codice fiscale

residente a (comune)

CAP

Indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

invalidità riconosciuta

indirizzo email PEC

**chiede**

- per sé
- per il seguente familiare (cognome e nome)

nato/a il

nato/a a

codice fiscale

invalidità riconosciuta

riconoscimento della minorazione ai sensi dell'art. 3, comma 3 legge 104/1992

- SI
- NO

**chiede l'autorizzazione preventiva per il concorso spesa** da parte del centro regionale di riferimento presso la Provincia Autonoma di Bolzano (Commissione provinciale per la decisione di ricorsi in materia di assistenza sanitaria), situato presso l'Assessorato alla Sanità, Ufficio Governo sanitario, Via Canonico M. Gamper, 1 per le sotto elencate prestazioni sanitarie, da eseguirsi **presso la seguente struttura altamente specializzata:**

Verordneter Eingriff oder Therapie

[Empty text box]

Krankenhausaufenthalt (von - bis)

[Empty text box]

Tagesklinikaufenthalt (am)

[Empty text box]

ambulante Leistungen (am)

[Empty text box]

Anzahl Facharztvisiten (Nr.)

[Empty text box]

Medikamente

[Empty text box]

Instrumentaldiagnostik und Laboruntersuchungen

[Empty text box]

Prothesen und Endprothesen

[Empty text box]

Transport für die Inanspruchnahme von genehmigten Leistungen laut S2-Schein (Ausland)

ohne Begleitperson

mit Begleitperson

Transportmittel

[Empty text box]

Fahrt (von – bis) Hinfahrt

[Empty text box]

Fahrt (von – bis) Rückfahrt

[Empty text box]

Unterbringungskosten (Ausland)

[Empty text box]

und ersucht

um Vergütung der Spesen mittels

**Banküberweisung** des zustehenden Betrages auf das Bank-Kontokorrent des/der Begünstigten, **lautend auf Herrn/Frau:**

[Empty text box]

IBAN

[IBAN box 1]

[IBAN box 2]

[IBAN box 3]

[IBAN box 4]

[IBAN box 5]

[IBAN box 6]

Name der Bank/Filiale

[Empty text box]

Verarbeitung der personenbezogenen Daten Informationsschreiben ex Art. 13 GvD Nr. 196/2003

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden auch mit elektronischen Instrumenten verarbeitet. Die Verarbeitung findet ausschließlich im Rahmen des Verfahrens statt, für das die vorliegende Erklärung erbracht wurde. Das vollständige Informationsschreiben ist auf der Website [www.sabes.it/Datenschutz](http://www.sabes.it/Datenschutz) verfügbar und liegt beim Gesundheitssprengel zur Einsicht auf.

Datum | Data

[Empty text box]

Intervento o terapia prescritta

[Empty text box]

ricovero ospedaliero (dal - al)

[Empty text box]

ricovero diurno (il)

[Empty text box]

prestazioni ambulatoriali (il)

[Empty text box]

visite specialistiche (n.)

[Empty text box]

farmaci

[Empty text box]

diagnostica strumentale e di laboratorio

[Empty text box]

protesi ed endoprotesi

[Empty text box]

trasporto per prestazioni autorizzate con modello S2 (estero)

senza accompagnatore/accompagnatrice

con accompagnatore/accompagnatrice

mezzo prescelto

[Empty text box]

viaggio (da – a) andata

[Empty text box]

viaggio (da – a) ritorno

[Empty text box]

alloggio (estero)

[Empty text box]

e richiede

**il rimborso** dell'importo spettante **tramite bonifico** sul c/c bancario **intestato al beneficiario Sig./Sig.ra:**

[Empty text box]

Nome della banca/agenzia

[Empty text box]

Trattamento dei dati personali – Informativa ex art. 13 del Dlgs 196/03

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'informativa estesa è disponibile sul sito [www.sabes.it/Privacy](http://www.sabes.it/Privacy) e presso il distretto sanitario.

leserliche Unterschrift | firma leggibile  
des Antragstellers/der Antragstellerin | del richiedente/della richiedente

## Anlagen:

- **Vorschlag eines Facharztes**
- **Ärztliches Zeugnis** betreffend die Notwendigkeit der Leistungen, abzugeben für folgende Ansuchen:
  - **Transport für volljährige Patienten mit Begleitperson:** Der Arzt muss auf dem Attest bestätigen, dass der Patient aus gesundheitlichen Gründen (z.B. psychischen Störungen, starke Invalidität...) eine Begleitperson benötigt
  - **Unterbringungskosten der Begleitperson (Ausland):** Der behandelnde Arzt im Ausland muss das Attest ausstellen
  - **Transport mit dem Krankenwagen:** Der Arzt muss auf dem Attest bestätigen, dass der Patient aufgrund seines Gesundheitszustandes nur mit dem Krankenwagen transportiert werden kann und der Transport mit anderen Transportmitteln auszuschließen ist
- **Kostenvoranschlag**, notwendig für die Unterbringungskosten der Begleitperson (Ausland)
- **Bestätigung über die Anerkennung der Behinderung** gemäß Art. 3, Absatz 3 des Gesetzes Nr. 104/1992 (falls zutreffend)
- **ISEE-Erklärung bzw. Eigenerklärung** über die wirtschaftliche Situation der Familie (**nur bei den Unterbringungskosten der Begleitperson erforderlich – Ausland**)
- **Kopie des Personalausweises**, falls der/die Unterfertigte nicht vor dem Beamten unterzeichnet

## Allegati:

- **Proposta rilasciata da un medico specialista**
- **Certificato medico** relativo alla necessità della prestazione da presentare per le seguenti domande:
  - **Trasporto per pazienti maggiorenni con accompagnatore:** Il medico deve attestare che il paziente a causa del suo stato di salute (p. es. disturbi psichici, grave invalidità...) ha bisogno di una persona accompagnatrice
  - **Spese di alloggio dell'accompagnatore (estero):** Il medico curante all'estero deve emettere l'attestato
  - **Trasporto con l'ambulanza:** Il medico deve attestare che il paziente a causa del suo stato di salute può essere trasportato solamente con l'ambulanza considerato che è da escludere ogni altro mezzo di trasporto
- **preventivo spese** necessario per il soggiorno dell'accompagnatore (estero)
- **attestato del riconoscimento della minorazione** ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 (se corrisponde)
- **dichiarazione ISEE risp. dichiarazione sostitutiva** della situazione economica del nucleo familiare (**solo necessario per le spese di alloggio dell'accompagnatore – estero**)
- **copia della carta d'identità** se il/la sottoscritto/a non firma in presenza dell'impiegato