Antrag um Vergütung laut europäischer Richtlinie 2011/24/EU betreffend die grenzüberschreitende Betreuung

Richiesta di rimborso secondo la direttiva europea 2011/24/UE sull'assistenza transfrontaliera

Die/der Unterfertigte (Antragsteller/in) - La/il sottoscritta/o (Richiedente)

_____ |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Name und Vorname - cognome e nome — geboren am - nata/o il

_____ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
geboren in - nata/o a — Steuernummer - codice fiscale

wohnhaft in - residente a |__|__|__|__|__| _____
PLZ – CAP — Gemeinde – comune

Adresse - indirizzo _____ _____
Straße, Fraktion, Platz, usw. – via, frazione, piazza, ecc. — Nr. – n.

Tel. Nr. – n. tel. _____
_____
Zertifizierte E-mail Adresse (PEC) Indirizzo di posta elettronica certificata

ersucht - chiede

☐ für sich - per sé ☐ für folgendes Familienmitglied - per il seguente familiare:

_____ |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Name und Vorname - cognome e nome — geboren am - nata/o il

_____ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
geboren in - nata/o a — Steuernummer - codice fiscale

☐ **um Vorabgenehmigung mit Angabe des rückvergütbaren Betrages**
l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile

☐ **ausschließlich um Mitteilung des eventuell rückvergütbaren Betrages**
unicamente la comunicazione dell'importo eventualmente da rimborsare

☐ **um Vergütung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen**
il rimborso di prestazioni già fruite

folgender Gesundheitsleistung/della seguente prestazione sanitaria:

☐ Krankenhausauftenthalt – ricovero ospedaliero vom-dal _____ bis-al _____

☐ Tagesklinikaufenthalt – ricovero diurno am-il _____

☐ Ambulante Leistungen – prestazioni ambulatoriali am-il _____

- Ausländische Einrichtung – struttura estera

  _____
  (Krankenhaus/Uni-Klinik, Adresse – ospedale/clinica universitaria, indirizzo)

- diagnostische oder therapeutische Indikation - indicazione diagnostica o terapeutica

  _____

  _____

- und medizinische Leistung – e prestazione sanitaria

  _____

Für Informationen:
Gesundheitsbezirk Bozen Tel. 0471 909179
Gesundheitsbezirk Meran Tel. 0473 496702
Gesundheitsbezirk Brixen Tel. 0472 813640
Gesundheitsbezirk Bruneck Tel. 0474 586506

Per informazioni:
Comprensorio sanitario di Bolzano tel. 0471 909179
Comprensorio sanitario di Merano tel. 0473 496702
Comprensorio sanitario di Bressanone tel. 0472 813640
Comprensorio sanitario di Brunico tel. 0474 586506

_____

_____

- außergewöhnlich dringender Fall – caso particolarmente urgente

☐ NEIN - NO

☐ JA – SI (ausführlich begründen – motivare adeguatamente)

_____

☐ **Ärztliche Verschreibung auf rotem Rezept vorhanden**
Prescrizione medica su ricetta rossa esistente

Es wird ersucht die Vergütung auszubezahlen mittels: **Si chiede di corrispondere il rimborso tramite:**

☐ Überweisung auf folgendes Bankkonto - bonifico sul seguente conto corrente bancario:

IBAN ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Name der Bank/Filiale - nome della banca/agenzia

lautend auf - intestato a: _____
Name und Vorname - cognome e nome

Es ist wichtig, dass die Genehmigung des Sanitätsbetriebes vor dem Rechnungsdatum der beanspruchten Leistung erfolgt.

Si fa presente che la data della fattura deve essere successiva all'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria.

Aufklärung im Sinne des Datenschutzgesetzes (gesetzesvertretendes Dekret Nr. 196/2003, in geltender Fassung)

Rechtsinhaber der Daten ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb. Die erklärten Daten werden von der Verwaltung - auch in digitaler Form - zur Erreichung der institutionellen Zwecke unter Berücksichtigung der Vorschriften laut gesetzesvertretendem Dekret Nr. 196/03, in geltender Fassung, verwendet. Dem/der Bürger/in gebühren die im Art. 7 dieses Dekretes vorgesehenen Rechte; insbesondere das Recht auf Zugang zu den eigenen Daten, deren Berichtigung, Ergänzung und, falls die Voraussetzungen des entsprechenden Gesetzes bestehen, deren Streichung und Sperrung.

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (decreto legislativo n. 196/2003, e successive modifiche)

Titolare dei dati è l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del decreto legislativo n. 196/03, e successive modifiche. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 di tale decreto, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

_____
Ort/Datum - Luogo/Data

_____
Leserliche Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
Firma leggibile del/la richiedente

Für Informationen:
Gesundheitsbezirk Bozen Tel. 0471 909179
Gesundheitsbezirk Meran Tel. 0473 496702
Gesundheitsbezirk Brixen Tel. 0472 813640
Gesundheitsbezirk Bruneck Tel. 0474 586506

Per informazioni:
Comprensorio sanitario di Bolzano tel. 0471 909179
Comprensorio sanitario di Merano tel. 0473 496702
Comprensorio sanitario di Bressanone tel. 0472 813640
Comprensorio sanitario di Brunico tel. 0474 586506