

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

Il sottoscritto/La sottoscritta

geboren am geboren in

nato/nata il nato/a a

Steuernummer

codice fiscale

wohnhaft in (Gemeinde) PLZ

residente a (comune) CAP

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

Tel. Nummer

numero telefonico

anerkannte Invalidität

invalidità riconosciuta

zertifizierte E-Mailadresse PEC

indirizzo email PEC

ersucht

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

chiede

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

geboren am geboren in

nato/a il nato/a a

Steuernummer

codice fiscale

anerkannte Invalidität

invalidità riconosciuta

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

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

- JA
- NEIN

- SI
- NO

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:

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

Krankenhausaufenthalt (von - bis)

Tagesklinikaufenthalt (am)

ambulante Leistungen (am)

Anzahl Facharztvisiten (Nr.)

Medikamente

Instrumentaldiagnostik und Laboruntersuchungen

Prothesen und Endprothesen

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

ohne Begleitperson

mit Begleitperson

Transportmittel

Fahrt (von – bis) Hinfahrt

Fahrt (von – bis) Rückfahrt

Unterbringungskosten (Ausland)

und ersucht

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

IBAN

□□□□

□□□□

□□□

□□□□□□□□

□□□□□□□□

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Name der Bank/Filiale

Nome della banca/agenzia

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 verfügbar und liegt beim Gesundheitssprengel zur Einsicht auf.

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 e presso il distretto sanitario.

Datum | Data

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

.....
Bozen | W.A. Loew-Cadonna-Platz 12 | Tel. 0471 909 113 |
sprengel-ver.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | verw.spr.meran@sabes.it
Brixen | Romstraße 5 | Tel. 0472 813640 | verw.sprengel.bx@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 512 – 586515 – 586509
sprengel-bruneck-umgebung@sabes.it
http://www.sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....
Bolzano | p.zza W.A. Loew-Cadonna, 12 | tel. 0471 909 113 |
distretto-amm.bolzano@sabes.it
Merano | v. Roma, 3 | tel. 0473 496706 | verw.spr.meran@sabes.it
Bressanone | via Roma, 5 | tel. 0472 813640 | amm.distretto.bx@sabes.it
Brunico | vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 512 – 586515 – 586509
distretto-brunico-circondario@sabes.it
http://www.asdaa.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211