

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

Die Rechnungen sind innerhalb von 60 Tagen ab Behandlungsdatum einzureichen.

Der unterfertigte Antragsteller (Nach- und Vorname)  
Die unterfertigte Antragstellerin (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

wohnhaft in (Gemeinde)

Postleitzahl PLZ

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

zertifizierte E-Mailadresse PEC

#### ersucht

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

geboren am

geboren in

Steuernummer

- um Vorabgenehmigung mit Angabe des rückvergütbaren Betrages  
 ausschließlich um Mitteilung des eventuell rückvergütbaren Betrages  
 um Vergütung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen

folgender Gesundheitsleistung:

- Krankenhausaufenthalt (von - bis)  
 Tagesklinikaufenthalt (am)

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

Le fatture vanno inoltrate entro 60 giorni dalla data della prestazione.

Il sottoscritto richiedente (cognome e nome)  
La sottoscritta richiedente (cognome e nome)

nato/nata il

nato/nata a

codice fiscale

residente a (comune)

codice postale CAP

Indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

indirizzo email PEC

#### richiede

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

nato/a il

nato/a a

codice fiscale

- l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile  
 unicamente la comunicazione dell'importo eventualmente da rimborsare  
 il rimborso di prestazioni già fruite

della seguente prestazione sanitaria:

- ricovero ospedaliero (dal - al)  
 ricovero diurno (il)

ambulante Leistungen (am)

• Ausländische Struktur (Krankenhaus/Uni-Klinik)

Adresse

• diagnostische oder therapeutische Indikation

• und medizinische Leistung

• außergewöhnlich dringender Fall

NEIN

JA (ausführlich begründen)

**Ärztliche Verschreibung auf rotem Rezept vorhanden**

prestazioni ambulatoriali (il)

• struttura estera (ospedale/clinica universitaria)

indirizzo

• indicazione diagnostica e terapeutica

• e prestazione sanitaria

• caso particolarmente urgente

NO

SI (motivare adeguatamente)

**Prescrizione medica su ricetta rossa esistente**

**Es wird ersucht die Vergütung auszubezahlen mittels:**

Überweisung auf folgendes Bankkonto:

**IBAN**

Name der Bank/Filiale

lautend auf (Nach- und Vorname):

Es ist wichtig, dass vorliegendes Gesuch vor der Inanspruchnahme der Leistungen (bei stationären Behandlungen, Day-Hospital u. Day-Surgery - ambulante chirurgische Leistungen - kostenintensive Behandlungen, Instrumental-diagnostische Leistungen, usw.) eingereicht wird.

**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.

**Si chiede di corrispondere il rimborso tramite**

Bonifico sul seguente conto corrente bancario:

Nome della banca/agenzia

intestato a (cognome e nome)

È importante che la presente domanda venga inoltrata prima della fruizione delle prestazioni (nell'ipotesi di ricoveri ospedalieri, Day-Hospital o Day-Surgery, prestazioni chirurgiche ambulatoriali - prestazioni costose, prestazioni di diagnostica instrumentale, ecc.)

**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.

Datum und Ort | Lugo e data

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

Bozen | Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 909 113 | [sprengel-ver.bozen@sabes.it](mailto:sprengel-ver.bozen@sabes.it)  
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | [verw.spr.meran@sabes.it](mailto:verw.spr.meran@sabes.it)  
Brixen | Romstraße 5 | Tel. 0472 813640 | [verw.sprengel.bx@sabes.it](mailto:verw.sprengel.bx@sabes.it)  
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 502  
[sprengel-bruneck-umgebung@sabes.it](mailto:sprengel-bruneck-umgebung@sabes.it)  
<http://www.sabes.it>  
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | p.zza Cadonna, 12 | tel. 0471 909 113 | [distretto-amm.bolzano@sabes.it](mailto:distretto-amm.bolzano@sabes.it)  
Merano | v. Roma, 3 | tel. 0473 496706 | [verw.spr.meran@sabes.it](mailto:verw.spr.meran@sabes.it)  
Bressanone | via Roma, 5 | tel. 0472 813640 | [amm.distretto.bx@sabes.it](mailto:amm.distretto.bx@sabes.it)  
Brunico | vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 502  
[distretto-brunico-circondario@sabes.it](mailto:distretto-brunico-circondario@sabes.it)  
<http://www.asdaa.it>  
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano  
Cod. fisc./P. IVA 00773750211