



## Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit

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

### INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch auf bestimmte medizinische Behandlungen im Staat Ihrer vormaligen Erwerbstätigkeit bescheinigt.

Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsorts vorlegen, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind. 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 Aktuelle Anschrift

1.6.1 Straße, Nr.

1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort

1.6.4 Ländercode

1.7 Persönliche Versichertennummer im Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit

1.8 Status

1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/  
Ehemalige Grenzgängerin

1.8.2 Familienangehörige/r eines ehemaligen Grenzgängers/  
einer ehemaligen Grenzgängerin

### 2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG

Die oben genannte Person hat Anspruch auf

2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (\*\*\*)  
2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit

2.2 Behandlung im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit (\*\*\*)

(\*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 28, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 29.

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

(\*\*\*) Bitte den Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit angeben.

S3



**Medizinische Behandlung  
eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen  
Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit**

**3. AUSSTELLENDER TRÄGER**

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl

3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

**STEMPEL**