

DKV Luxembourg S.A.

Abteilung Leistungsservice

11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange
R.C. Luxembourg B 45 762, Société Anonyme
T +352/42 64 64-1
F +352/42 64 64-250
E-Mail: info@dkv.lu / claims@dkv.lu

DKV Luxembourg S.A., B.P. 845, L-2018 Luxembourg

KOSTENÜBERNAHMEANTRAG - STATIONÄRE BEHANDLUNG - DEUTSCHLAND

Name des Krankenhauses

Anschrift

.....

.....

Versicherungsnummer	Vorname/Name	Geburtsdatum
---------------------	--------------	--------------

Telefonnummer

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer

von	bis
-----	-----

Diagnose/Erkrankung

--

Weitere Information zum Krankenhausaufenthalt

<input type="checkbox"/> Entbindung		
<input type="checkbox"/> Kosmetischer Eingriff Bitte mit einreichen:	<ul style="list-style-type: none">• Zusage der gesetzlichen Krankenkasse• Medizinischer Bericht, ggf. Fotodokumentation• Detaillierter Kostenvoranschlag	
Handelt es sich bei dem Aufenthalt um eine Folge von		
<input type="checkbox"/> einem Unfall	Unfalldatum	Fremdverschulden ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall		
<input type="checkbox"/> Teilweise Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkasse: _____		
<input type="checkbox"/> S2 Schein vorhanden		

Ort/Datum

Unterschrift