

AOK NordWest  
Die Gesundheitskasse.  
58079 Hagen

### Antrag auf Gesundheitsleistungen bei Wohnort im Ausland

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum                      Geburtsname                      Versichertennummer

### Aufenthaltort in Deutschland (sofern vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

### Dauerhafter Wohnort außerhalb von Deutschland

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ, Ort und Land) der/des Versicherten

**1. Ich beantrage die Ausstellung des Anspruchsvordrucks ab dem** \_\_\_\_\_  
TT.MM.JJJJ

für mich  
(Bitte weiter mit Frage 2)

für meine Familienangehörigen  
(Bitte weiter ab Frage 4)

**2. Ich übe eine Beschäftigung in Deutschland aus und kehre regelmäßig, nicht nur im Rahmen eines Urlaubsaufenthaltes, an meinen Wohnort außerhalb von Deutschland zurück.**

Ja

Nein

**3. Ich beziehe Arbeitslosengeld aus Deutschland.**

Ja

Nein

Wenn Ja, bitte Kopie des Dokuments PD U2 von der Agentur für Arbeit beifügen.

### 4. Angaben zum/zur Ehepartner/-in

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum                      Geburtsname                      Geburtsort und -land

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
 unbestimmt

Bei **abweichender** Anschrift zum/zur Versicherten:

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ, Ort und Land)

### 5. Angaben zum 1. Kind

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsort und -land

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
 unbestimmt

Bei **abweichender** Anschrift zum/zur Versicherten:

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ, Ort und Land)

### 6. Angaben zum 2. Kind

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsort und -land

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
 unbestimmt

Bei **abweichender** Anschrift zum/zur Versicherten:

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ, Ort und Land)



Bei weiteren Angehörigen bitte separates Blatt verwenden.

#### Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung oder § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Prüfung der vom ausländischen Krankenversicherungsträger im Auftrag der AOK NordWest erbrachten Leistungen erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann dazu führen, dass eine Ausstellung der gewünschten Bescheinigung nicht erfolgen kann. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nw/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, [kontakt@nw.aok.de](mailto:kontakt@nw.aok.de) oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@nw.aok.de](mailto:datenschutz@nw.aok.de).

✕

\_\_\_\_\_  
Datum

✕

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.