

ERFASSUNGSBOGEN

Details zur Krankenvoll-/Beihilfeversicherung

Nachname Vorname Geburtsdatum

Ambulant

Soll der Tarif die Erstattung von Logopädie vorsehen?

☐ ja ☐ nein

Die Logopädie umfasst die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Die Behandlung durch Logopäden kann vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein.

Soll der Tarif die Erstattung von Heilpraktiker-Leistungen vorsehen?

☐ ja ☐ nein

Behandlungen durch Heilpraktiker können vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein, Heilpraktikerbehandlungen gehören zu den alternativen Behandlungsmethoden. Es gibt in der PKV gravierende Unterschiede in den einzelnen Tarifen.

Soll es einen Katalog alternativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geben, die vom Versicherer als erstattungsfähig anerkannt werden?

☐ ja ☐ nein

Als Naturheilverfahren gelten Akupunktur, Bach-Blüten-Therapie, Homöopathie und ähnliche Verfahren. Die meisten alternativen Behandlungsmethoden sind im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführt. I.d.R. sind diese Behandlungen nicht mit versichert.

Soll ambulant durchgeführte Psychotherapie erstattet werden?

☐ ja ☐ nein

Psychotherapie kann vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein. Einige Versicherer können auch die Anzahl der Sitzungen oder Erstattungsprozentsätze begrenzen.

Sollen ambulant durchgeführte Psychotherapie auch ohne vorherige Genehmigung erstattet werden?

☐ ja ☐ nein

Einige Tarifbedingungen knüpfen die Erstattungszusage psychotherapeutischer Behandlungen an ein ausführliches ärztliches Attest; teilweise wird eine bestimmte Anzahl von Sitzungen je Kalender- oder Versicherungsjahr mit/ohne Genehmigung erstattet. Unterschiede gibt es darüber hinaus auch in der Erstattungshöhe.

Sollen ambulante Vorsorgeuntersuchungen auch über den Rahmen gesetzlich eingeführter Programme hinaus erstattet werden?

☐ ja ☐ nein

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen haben immer Begrenzungen in der Häufigkeit und in der Art der Untersuchungen sowie bestimmte Mindestalter.

Soll der Tarif ohne Kürzung bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes leisten?

☐ ja ☐ nein

Es kann, außer bei den so genannten Hausarztтарifen, jeder gewählte Arzt (Haus- oder Facharzt) aufgesucht werden und eine Behandlung begonnen werden. Bei den Hausarztтарifen muss vor der Behandlung durch einen Facharzt erst ein Hausarzt oder ein bestimmter Facharzt (Gynäkologe, Augen- oder Kinderarzt, abhängig vom gewählten Tarif) aufgesucht werden, ansonsten muss ein Teil der Behandlungskosten selbst getragen werden.

Soll der Versicherer im ambulanten Bereich über die Regelhöchstsätze (bis 2,3fach) der Gebührenordnung hinaus leisten?

☐ ja ☐ nein

In der GKV rechnet der Arzt ca. zum 2,0fachen Satz ab, bei Privatpatienten mindestens zum 2,3fachen Satz. Ist die Behandlung schwierig, kann zum 3,5fachen Satz mit Begründung abgerechnet werden. Jede ambulante Behandlung ist in der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt.

Soll der Versicherer im ambulanten Bereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der Gebührenordnung hinaus leisten? ☐ ja ☐ nein

Der Normalfall ist die Abrechnung zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung, ist die Behandlung schwierig, kann mit Begründung zum 3,5fachen Satz abgerechnet werden. Möchte der Arzt mit einem noch höheren Steigerungssatz (z.B. 5fach) abrechnen, so muss er das mit dem Patienten vorher schriftlich vereinbaren. Wenn der Tarif die Erstattung nur bis zum 3,5fachen Satz vorsieht, kann der Versicherer bei Abrechnungen, die darüber hinausgehen, den Betrag, der erstattet wird, kürzen.

Stationär

Soll eine stationäre Psychotherapie ohne vorherige Genehmigungspflicht erstattungsfähig sein? ☐ ja ☐ nein

Der Versicherer kann die Erstattung einer stationären psychotherapeutischen Behandlung von seiner Leistungspflicht ausschließen oder von seiner vorherigen Zusage abhängig machen. Weiterhin kann er den Leistungsumfang durch die Anzahl von Behandlungstagen begrenzen. Variationen der Erstattungsprozentsätze sind ebenfalls möglich

Soll der Rücktransport aus dem Ausland im Rahmen einer Vollversicherung mitversichert sein? ☐ ja ☐ nein

Sinnvoll ist die zusätzliche Absicherung durch eine Auslandsreisekrankenversicherung, die außer dem Rücktransport auch die Behandlungskosten durch einen Arzt oder im Krankenhaus erstattet.

Soll der Versicherer im stationären Bereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der Gebührenordnung hinaus leisten? ☐ ja ☐ nein

Der Normalfall ist die Abrechnung zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung, ist die Behandlung schwierig kann mit Begründung zum 3,5fachen Satz abgerechnet werden. Möchte der Arzt mit einem noch höheren Steigerungssatz (z.B. 5fach) abrechnen, so muss er das mit dem Patienten vorher schriftlich vereinbaren. Wenn der Tarif die Erstattung nur bis zum 3,5fachen Satz vorsieht, kann der Versicherer bei Abrechnungen, die darüber hinaus gehen, die Betrag der erstattet wird, kürzen.

Zahn

Soll der Tarif ohne regelmäßig nachgewiesene Vorsorge/Prophylaxe einen konstanten Erstattungsprozentsatz leisten? ☐ ja ☐ nein

Einige Tarife sehen im Zahnbereich eine Abhängigkeit der Erstattungssätze von regelmäßig nachgewiesener Vorsorge vor. So können z.B. nach einer bestimmten Jahresanzahl mit nachgewiesener jährlicher Vorsorge die Erstattungssätze steigen oder ohne einen entsprechenden Nachweis sinken.

Soll der Tarif unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages/Tarifleistung einen konstanten Erstattungsprozentsatz leisten? ☐ ja ☐ nein

Manche Tarife sehen eine abfallende Leistung nach dem Erreichen bestimmter Rechnungssummen vor. So wird die Erstattung beispielsweise von 75% auf 50% gesenkt, wenn die Tarifleistung für Zahnersatz 5.000 EUR jährlich übersteigt.

Sollen Versicherungsleistungen im Zahnbereich in den ersten Versicherungsjahren ohne Höchstbeträge erstattet werden? ☐ ja ☐ nein

Viele Tarife sehen in den ersten 2 bis 10 Jahren eine Begrenzung der maximalen Erstattung vor. Die Begrenzung soll den Tarif vor Personen schützen, die einen guten Zahnschutz wählen um Ihre Zähne in Ordnung bringen zu lassen und dann den Tarif wieder verlassen. Bei Unfällen werden die Begrenzungen in der Regel aufgehoben.

Sollen Versicherungsleistungen ohne jährliche Höchstleistungsbeträge (sog. generelle Summenbegrenzung) über die gesamte Laufzeit erstattet werden?

☐ ja ☐ nein

Einige Tarife sehen eine Begrenzung der maximalen Erstattung über die gesamte Laufzeit des Vertrages vor. Dadurch kann die Erstattung z.B. auf 3.000 EUR pro Jahr begrenzt werden. Bei Unfällen werden die Begrenzungen in der Regel aufgehoben.

Soll bei Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplanes der volle tarifliche Leistungsanspruch bestehen?

☐ ja ☐ nein

Der Heil- und Kostenplan ist eine Aufstellung einzelner vorgesehener Leistungen und Vergütungen, d.h. ein Kostenvoranschlag geplanter zahnärztlicher Maßnahmen. Der Versicherer möchte vor Behandlungsbeginn prüfen, ob die Behandlung notwendig ist und gegebenenfalls Alternativen aufzeigen. Wenn der Heil- und Kostenplan nicht vorher eingereicht wird, kann der Versicherer die Erstattung kürzen.

Soll der Versicherer im Zahnbereich auch über die Höchstsätze (3,5fach) der Gebührenordnung hinaus leisten?

☐ ja ☐ nein

Der Normalfall ist die Abrechnung zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung, ist die Behandlung schwierig kann mit Begründung zum 3,5fachen Satz abgerechnet werden. Möchte der Arzt mit einem noch höheren Steigerungssatz (z.B. 5fach) abrechnen, so muss er das mit dem Patienten vorher schriftlich vereinbaren. Wenn der Tarif die Erstattung nur bis zum 3,5fachen Satz vorsieht, kann der Versicherer bei Abrechnungen, die darüber hinaus gehen, die Betrag der erstattet wird, kürzen.

Allgemein

Soll im außereuropäischen Ausland vorübergehend auch ohne besondere Vereinbarung über 1 Monat hinaus Versicherungsschutz bestehen?

☐ ja ☐ nein

Bei einem längeren Aufenthalt im außereuropäischen Ausland könnte dieser Punkt wichtig sein. Innerhalb Europas besteht Versicherungsschutz in gewohnter Weise. Es kann aber aufgrund anderer Abrechnungen vorkommen, dass die Ihnen entstehenden Kosten nicht in voller Höhe übernommen werden.