

**Ansuchen um Rückerstattung der Kosten in indirekter Form für die ärztliche Betreuung in einer hoch spezialisierten Einrichtung im Ausland/in Italien laut Art. 4 des M.D. vom 03.11.1989 und Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 01.12.2000 bzw. Beschluss der L.R. Nr. 211 vom 23.02.2016**

Der/die unterfertigte Antragsteller/in (Nach- und Vorname)

geboren am in

Steuernummer

wohnhaft in (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

anerkannte Invalidität

E-Mail

Zertifizierte E-Mail (PEC)

**ersucht**

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

geboren am in

Steuernummer

anerkannte Invalidität

Anerkennung der Behinderung gemäß Art. 3, Absatz 3 des Gesetzes Nr. 104/1992

- JA  
 NEIN

**um die vorhergehende Genehmigung** durch die regionale Bezugsstelle der Autonomen Provinz Bozen (Landeskommission für die Entscheidung über die Beschwerden in Bezug auf die gesundheitliche Betreuung), angesiedelt beim Assessorat für Gesundheitswesen, Amt für Gesundheitssteuerung, Kanonikus-Michael-Gamper-Str. 1 **zur Vergütung der Auslagen** für die nachstehenden Leistungen, welche **in folgender hoch spezialisierten Einrichtung** erbracht werden:

Verordneter Eingriff oder Therapie:

**Domanda di concorso spesa per prestazioni assistenziali da fruire in forma indiretta in una struttura altamente specializzata all'estero/in Italia ai sensi dell'art. 4 del D.M. 3.11.89 e D.P.C.M. 1.12.2000 risp. delibera della G.P. del 23.02.2016 n. 211**

Il/la sottoscritto/a richiedente (cognome e nome)

nato/nata il a

codice fiscale

residente a (comune e codice postale CAP)

indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

invalidità riconosciuta

e-mail

posta elettronica certificata PEC

**richiede**

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

nato/nata il a

codice fiscale

E-Mail Adresse

riconoscimento della minorazione ai sensi dell'art. 3, comma 3 legge 104/1992

- SI  
 NO

**chiede l'autorizzazione preventiva per il concorso spesa** da parte del centro regionale di riferimento presso la Provincia Autonoma di Bolzano (Commissione provinciale per la decisione di ricorsi in materia di assistenza sanitaria), situato presso l'Assessorato alla Sanità, Ufficio Governo sanitario, Via Canonico Michael Gamper, 1 per le sotto elencate prestazioni sanitarie, da eseguirsi **presso la seguente struttura altamente specializzata:**

Intervento o terapia prescritta:

Krankenhausaufenthalt:  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Tagesklinikaufenthalt (am) \_\_\_\_\_

ambulante Leistungen (am) \_\_\_\_\_

Anzahl Facharztvisiten (Nr.) \_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Instrumentaldiagnostik und Laboruntersuchungen \_\_\_\_\_

Prothesen und Endprothesen \_\_\_\_\_

Transport für die Inanspruchnahme von genehmigten Leistungen laut S2-Schein (Ausland)

ohne Begleitperson

mit Begleitperson

Transportmittel \_\_\_\_\_

Fahrt (von – bis) Hinfahrt \_\_\_\_\_

Fahrt (von – bis) Rückfahrt \_\_\_\_\_

Unterbringungskosten (Ausland) \_\_\_\_\_

**und ersucht**

**um Vergütung der Spesen mittels Banküberweisung** des zustehenden Betrages auf das Bank-Kontokorrent des/der Begünstigten, **lautend auf Herrn/Frau:**

\_\_\_\_\_

**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.

**Der/die Unterfertigte erklärt außerdem, dass er/sie die Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der betreffenden Anfrage gelesen zu haben. Informationen finden Sie auch unter folgendem Link: <https://www.sabes.it/de/privacy>**

Ort und Datum | Luogo e data \_\_\_\_\_

ricovero ospedaliero:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ricovero diurno (il) \_\_\_\_\_

prestazioni ambulatoriali (il) \_\_\_\_\_

visite specialistiche (n.) \_\_\_\_\_

farmaci \_\_\_\_\_

diagnostica strumentale e di laboratorio \_\_\_\_\_

protesi ed endoprotesi \_\_\_\_\_

trasporto per prestazioni autorizzate con modello S2 (estero)

senza accompagnatore/accompagnatrice

con accompagnatore/accompagnatrice

mezzo prescelto \_\_\_\_\_

viaggio (da – a) andata \_\_\_\_\_

viaggio (da – a) ritorno \_\_\_\_\_

alloggio (estero) \_\_\_\_\_

**e richiede**

**il rimborso** dell'importo spettante **tramite bonifico** sul **c/c bancario intestato al beneficiario Sig./Sig.ra:**

\_\_\_\_\_

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 strumentale, ecc.)

**Il/la sottoscritto/a dichiara altresì, di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali relativa alla richiesta in oggetto, informazioni disponibili anche sul seguente link: <https://www.asdaa.it/it/privacy>**

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

#### Anlagen:

- Vorschlag eines Facharztes**
- Ärztliches Zeugnis** betreffend die Notwendigkeit der Leistungen, abzugeben für folgende Ansuchen:
  - **Transport für volljährige Patienten mit Begleitperson:** Der Arzt muss auf dem Attest bestätigen, dass der Patient aus gesundheitlichen Gründen (z.B. psychischen Störungen, starke Invalidität...) eine Begleitperson benötigt
  - **Unterbringungskosten der Begleitperson (Ausland):** Der behandelnde Arzt im Ausland muss das Attest ausstellen
  - **Transport mit dem Krankenwagen:** Der Arzt muss auf dem Attest bestätigen, dass der Patient aufgrund seines Gesundheitszustandes nur mit dem Krankenwagen transportiert werden kann und der Transport mit anderen Transportmitteln auszuschließen ist
- Kostenvoranschlag**, notwendig für die Unterbringungskosten der Begleitperson (Ausland)
- Bestätigung über die Anerkennung der Behinderung** gemäß Art. 3, Absatz 3 des Gesetzes Nr. 104/1992 (falls zutreffend)
- ISEE-Erklärung bzw. Eigenerklärung** über die wirtschaftliche Situation der Familie (**nur bei den Unterbringungskosten der Begleitperson erforderlich – Ausland**)
- Kopie des Personalausweises**, falls der/die Unterfertiger nicht vor dem Beamten unterzeichnet

#### Allegati:

- Proposta rilasciata da un medico specialista**
- Certificato medico** relativo alla necessità della prestazione da presentare per le seguenti domande:
  - **Trasporto per pazienti maggiorenni con accompagnatore:** Il medico deve attestare che il paziente a causa del suo stato di salute (p. es. disturbi psichici, grave invalidità...) ha bisogno di una persona accompagnatrice
  - **Spese di alloggio dell'accompagnatore (estero):** Il medico curante all'estero deve emettere l'attestato
  - **Trasporto con l'ambulanza:** Il medico deve attestare che il paziente a causa del suo stato di salute può essere trasportato solamente con l'ambulanza considerato che è da escludere ogni altro mezzo di trasporto
- preventivo spese** necessario per il soggiorno dell'accompagnatore (estero)
- attestato del riconoscimento della minorazione** ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 (se corrisponde)
- dichiarazione ISEE risp. dichiarazione** sostitutiva della situazione economica del nucleo familiare (**solo necessario per le spese di alloggio dell'accompagnatore – estero**)
- copia della carta d'identità** se il/la sottoscritto/a non firma in presenza dell'impiegato