

**Antrag um Vergütung laut europäischer
Richtlinie 2011/24/EU betreffend die
grenzüberschreitende Betreuung**

**Die Rechnungen sind innerhalb von 60 Tagen
ab Behandlungsdatum einzureichen.**

Der/Die Unterfertigte (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

wohnhafte in (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Tel. Nummer

E-Mail

Zertifizierte E-Mail (PEC)

ersucht

☐ für sich

☐ für folgendes Familienmitglied (Nach- und Vorname)

geboren am

geboren in

Steuernummer

☐ **um Vorabgenehmigung mit Angabe des
rückvergütbaren Betrages**

☐ **ausschließlich um Mitteilung des eventuell
rückvergütbaren Betrages**

☐ **um Vergütung von bereits in Anspruch
genommenen Leistungen**

folgender Gesundheitsleistung:

☐ Krankenhausaufenthalt (von - bis)

☐ Tagesklinikaufenthalt (am)

**Richiesta di rimborso secondo
la direttiva europea 2011/24/UE
sull'assistenza transfrontaliera**

**Le fatture vanno inoltrate entro 60 giorni
dalla data della prestazione.**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il

nato/a a

codice fiscale

residente a (comune e codice postale CAP)

indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

numero telefonico

e-mail

posta elettronica certificata (PEC)

richiede

☐ per sé

☐ per il seguente familiare (cognome e nome)

nato/a il

nato/a a

codice fiscale

☐ **l'autorizzazione preventiva con l'indicazione
dell'importo rimborsabile**

☐ **unicamente la comunicazione dell'importo
eventualmente da rimborsare**

☐ **il rimborso di prestazioni già fruite**

della seguente prestazione sanitaria:

☐ ricovero ospedaliero (dal - al)

☐ ricovero diurno (il)

- ☐ ambulante Leistungen (am)
- ☐ Art der medizinischen Leistung
- ☐ Ausländische Struktur (Krankenhaus/Uni-Klinik)
- ☐ Adresse
- ☐ diagnostische oder therapeutische Indikation
- ☐ und medizinischen Leistung
- ☐ außergewöhnlich dringender Fall
 - ☐ NEIN
 - ☐ JA (ausführlich begründen)
- ☐ **Ärztliche Verschreibung auf rotem Rezept/
elektronische Verschreibung vorhanden**

- ☐ prestazioni ambulatoriali (il)

- ☐ tipo della prestazione sanitaria

- ☐ struttura estera (ospedale/clinica universitaria)

- ☐ indirizzo

- ☐ indicazione diagnostica e terapeutica

- ☐ e prestazione sanitaria

- ☐ caso particolarmente urgente
 - ☐ NO
 - ☐ SI (motivare adeguatamente)

- ☐ **Prescrizione medica su ricetta rossa/
ricetta elettronica**

**Es wird ersucht
die Vergütung auszubezahlen mittels:**

☐ Überweisung auf folgendes Bankkonto:

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, ambulant chirurgische Leistungen, Instrumental-diagnostische Leistungen, usw.) eingereicht wird.

Kurze Datenschutzerklärung

Als Verantwortlicher der Verarbeitung der personenbezogenen Daten verweist der Südtiroler Sanitätsbetrieb für Informationen betreffend die von den Artikeln Art. 13 und 14 der EU-Verordnung 2016/679 vorgesehene Datenverarbeitung, die nach Erhalt des vorliegenden Formulars erfolgt ist, auf das allgemeine und vollständige Informationsschreiben unter folgendem Link [Informationen zum Schutz personenbezogener Daten | Südtiroler Sanitätsbetrieb](#). Zwecks Ausübung der von Art. 15 bis 22 der oben genannten Verordnung vorgesehenen Rechte, können Sie sich an privacy@sabes.it (Datenschutzsteuerungsgruppe, bestehend aus dem DPO und dem Datenschutzreferenten) wenden, oder Beschwerde bei der Datenschutzbehörde oder Rekurs bei Gericht einreichen, gemäß Art. 140 des GvD 193/03.

**Si chiede di corrispondere
il rimborso tramite:**

☐ Bonifico sul seguente conto corrente bancario:

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 di diagnostica strumentale, ecc).

Informativa privacy sintetica

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Titolare del trattamento dei dati personali rimanda per le informazioni relative al trattamento dei dati personali prevista dagli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 che viene svolto a seguito della ricezione del presente modulo, all'informativa generale ed estesa pubblicata sul seguente link [Informazioni sulla protezione dei dati personali | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige](#). Ai fini dell'esercizio dei diritti previsti dagli articoli da 15 a 22 del suindicato Regolamento l'interessato può rivolgersi a privacy@sabes.it (Cabina di regia privacy composta dal DPO e dal Referente Privacy), oppure proporre reclamo al Garante Privacy o ricorso dinanzi all'Autorità Giudiziaria, ai sensi dell'articolo 140 bis del Decreto Legislativo 196/03.

Ort und Datum | Luogo e data

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

Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it
Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813640 | sprengel.brixen@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 502 | sprengel.bruneck@sabes.it
<http://www.sabes.it>
 Firmenbezeichnung: Südtiroler Sanitätsbetrieb
 St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496706 | distretto.merano@sabes.it
Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813640 | distretto.bressanone@sabes.it
Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 502 | distretto.brunico@sabes.it
<http://www.asdaa.it>
 Ragione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
 Cod. fisc./P. IVA 00773750211