**Dieses Dokument ist lediglich eine Dokumentationsquelle, für deren Richtigkeit die Organe der Gemeinschaften keine Gewähr übernehmen**

►**B**

# BESCHLUSS Nr. 179

**vom 18. April 2000**

**über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 111, E 111 B, E 113 - E 118, E 125 - E 127)**

**(Text von Bedeutung für den EWR)**

(2002/154/EG)

(ABl. L 54 vom 25.2.2002, S. 1)

Geändert durch:

| | | Amtsblatt | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Nr. | Seite | Datum |
| ►**M1** | Beschluss 2003/251/EG Nr. 187 vom 27. Juni 2002 | L 93 | 40 | 10.4.2003 |

▼B

# BESCHLUSS Nr. 179

## vom 18. April 2000

## über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 111, E 111 B, E 113 - E 118, E 125 - E 127)

**(Text von Bedeutung für den EWR)**

(2002/154/EG)

DIE VERWALTUNGSKOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER —

aufgrund des Artikels 81 Buchstabe a) der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern ([1]), wonach sie alle Verwaltungsfragen behandelt, die sich aus der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und aus späteren Verordnungen ergeben,

aufgrund des Artikels 2 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates ([2]), wonach sie die Muster für Bescheinigungen, Erklärungen, Anträge und sonstige Unterlagen festlegt, die für die Durchführung der Verordnungen erforderlich sind,

aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 1606/98 des Rates ([3]) zur Änderung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 zwecks Einbeziehung der Sondersysteme für Beamte,

aufgrund der Verordnung (EG) Nr. 307/99 des Rates ([4]) zur Änderung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 mit dem Ziel der Ausdehnung ihrer Anwendungsbereiche auf Studierende,

in Erwägung nachstehender Gründe:

Die Beschlüsse Nr. 153 ([5]) und Nr. 168 ([6]) über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen erforderlichen Vordrucke müssen geändert werden.

Die Vordruckmuster sind anzupassen, um den in den innerstaatlichen Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten eingetretenen Änderungen Rechnung zu tragen.

Durch das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum vom 2. Mai 1992 in der Fassung des Protokolls vom 17. März 1993, Anhang VI, werden die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 im Europäischen Wirtschaftsraum angewendet.

Mit Beschluss des gemeinsamen EWR-Ausschusses werden die Muster der zur Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 erforderlichen Vordrucke angepasst und im Europäischen Wirtschaftsraum angewendet.

Aus praktischen Gründen sind in der Gemeinschaft und im Europäischen Wirtschaftsraum identische Vordrucke zu verwenden.

Für die Sprache, in der die Vordrucke auszustellen sind, gilt die Empfehlung Nr. 15 der Verwaltungskommission —

BESCHLIESST FOLGENDES:

1. Die im Beschluss Nr. 153 enthaltenen Vordruckmuster E 111, E 111 B, E 113 bis E 118, E 125 und E 126, sowie das im Beschluss Nr.

([1]) ABl. L 149 vom 5.7.1971, S. 2.
([2]) ABl. L 74 vom 27.3.1972, S. 1.
([3]) ABl. L 209 vom 25.7.1998, S. 1.
([4]) ABl. L 38 vom 12.2.1999, S. 1.
([5]) ABl. L 244 vom 19.9.1994, S. 22.
([6]) ABl. L 195 vom 11.7.1998, S. 37.

▼B

168 enthaltene Vordruckmuster E 127 werden durch die beigefügten Muster ersetzt.

2. Die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten stellen den Betreffenden (Anspruchsberechtigten, Versicherungsträgern, Arbeitgebern usw.) die Vordrucke entsprechend den beigefügten Mustern zur Verfügung.

3. Jeder Vordruck steht in den Amtssprachen der Gemeinschaft zur Verfügung und ist in den verschiedenen Sprachen völlig deckungsgleich angeordnet, damit jeder Empfänger (Anspruchsberechtigter, Versicherungsträger, Arbeitgeber usw.) den Vordruck in seiner Landessprache erhalten kann.

4. Dieser Beschluss tritt am ersten Tag des Monats nach seiner Veröffentlichung im *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften* in Kraft.

*Der Vorsitzende der*
*Verwaltungskommission*

Sebastião PINTO PIZARRO

▼M1

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise“ auf Seite 2 und 3 beachten!**

**E 111** ☐ (1)

**BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANSPRUCH WÄHREND EINES AUFENTHALTES IN EINEM MITGLIEDSTAAT**

*VO 1408/71: Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art 22.a; Art. 31.a; Art. 34.a*
*VO 574/72: Art. 20.4; Art. 21.1.; Art. 23; Art. 31.1 und 3*

**ACHTUNG: DIESE BESCCHEINIGUNG VERLEIHT KEINEN ANSPRUCH, WENN ZWECK DER REISE EINE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG IM AUSLAND IST**

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentner (Arbeitnehmersystem) ☐ Studierender

☐ Selbständiger ☐ Rentner (Selbständigensystem) ☐ Sonstiger Versicherter

(Name ([1a]), Frühere Namen ([1a]), D.N.I. ([2a]), Anschrift ([2]))

1.1 Kenn-Nr. ([2b]) ..... Geburtsdatum: .....

2 Familienangehörige([3])

| 2.1 Name ([1a]) | Vornamen | Frühere Namen | Geburtsdatum | Kenn-Nr. ([2b]) |
|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

2.2 Ständige Anschrift ([2]) ([4]): .....
.....

3 Die genannten Personen haben Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung.
Diese können gewährt werden:

3.1 ([5]) ☐ vom ..... bis ..... einschließlich.

3.2 ([5]) ☐ ab dem .....

▼**M1**

**E 111**

| 4 | Zuständiger Träger |
|---|---|

4.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([6]): .....

4.2 Anschrift ([2]): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.6 | Gültig vom ..... | | bis ..... | 4.10 | Gültig vom ..... | | bis ..... |
| 4.7 | Stempel | 4.8 | Datum: | 4.11 | Stempel | 4.12 | Datum: |
| | | | ..... | | | | ..... |
| | | 4.9 | Unterschrift | | | 4.13 | Unterschrift |
| | | | ..... | | | | ..... |

| 5 | Französischer Träger, zuständig für außerberufliche Unfälle selbständiger Landwirte |
|---|---|

5.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([6]): .....

5.2 Anschrift ([2]): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

## HINWEISE

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

*Der zuständige Träger oder ggf. der Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten oder der Familienangehörigen des Arbeitnehmers bzw. Selbständigen füllt den Vordruck aus und händigt ihn dem Versicherten aus oder übersendet ihn dem Träger des Aufenthaltsorts, falls Letzterer den Vordruck angefordert hat. Bei Aufenthalt im Vereinigten Königreich ist der Vordruck nicht erforderlich.*

**Hinweise für den Versicherten und seine Familienangehörigen**

a) *Mit diesem Vordruck können Sie*

— *als Arbeitnehmer, Selbständiger, Studierender oder sonstiger Versicherter und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Staat im Falle sofortigen Erfordernisses,*

— *als Rentenberechtigter und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem jeweiligen ständigen Wohnland*

*von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes Sachleistungen bei Krankheit (auch bei chronischen und bei bereits bestehenden Krankheiten) oder Mutterschaft sowie vorläufige Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit erlangen.*

b) *Sind Leistungen, einschließlich Krankenhausbehandlung, erforderlich,* **ist** *die Bescheinigung dem Versicherungsträger des Aufenthaltslandes* **vorzulegen,** *und zwar*

*in* **Belgien:** *der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

*in* **Dänemark:** *der zuständigen „Amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „Magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg bei der „Kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung). Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können Sie in Anspruch nehmen, ohne sich vorher an die genannten Stellen zu wenden. Der Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme einer Leistung vorzulegen. Auskunft darüber, an welchen Arzt oder Zahnarzt Sie sich wenden müssen, erhalten Sie im örtlichen „Social- og sundhedsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);*

*in* **Deutschland:** *der Krankenkasse, die von Ihnen gewählt wird;*

*in* **Griechenland:** *in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt,* **ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;**

▼**M1**

**E 111**

*in* **Spanien:** *den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit. Der Vordruck ist zusammen mit einer Fotokopie vorzulegen;*

*in* **Frankreich:** *der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse);*

*in* **Irland:** *dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;*
*in* **Italien:** *in der Regel der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale — USL" (örtliche Gesundheitseinheit); bei Seeleuten und beim fliegenden Personal der Zivilluftfahrt das „Ministerio della sanità", „Ufficio di sanità marittima o aerea" (Gesundheitsministerium, gebietsmäßig zuständiges Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);*

*in* **Luxemburg:** *der „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

*in* **den Niederlanden:** *bei „ANOZ Verzekeringen" in Utrecht. Bei Krankenhausaufnahme übersendet das Krankenhaus den ANOZ Verzekeringen die Aufnahmebescheinigung und den Vordruck E 111. Leistungen von Ärzten, Zahnärzten und Apotheken können in Anspruch genommen werden, ohne „ANOZ Verzekeringen" vorher davon zu unterrichten;*

*in* **Österreich:** *der für den Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

*in* **Portugal: für das Festland:** *der „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Aufenthaltsorts;* **für Madeira:** *der „Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionaldirektion für Volksgesundheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *der „Direcção Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsdirektion) in Angra do Heroismo;*

*in* **Finnland:** *der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt), wenn im Privatsektor angefallene Arztkosten erstattet werden sollen. Sachleistungen sind bei kommunalen Gesundheitsversorgungsstellen und öffentlichen Krankenhäusern gegen Vorlage dieser Bescheinigung zu erhalten;*

*in* **Schweden:** *der „försäkringskassan" (Versicherungskasse). Leistungen ärztlicher Dienste (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;*

*in* **Island:** *der „Tryggingastofnun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

*in* **Liechtenstein:** *dem Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;*

*in* **Norwegen:** *dem „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt). Leistungen können in Anspruch genommen werden, ohne erst Verbindung mit dem Träger aufzunehmen. Der Vordruck ist dabei vorzuweisen.*

*c) Für den Bezug von Geldleistungen muss sich die betroffene Person innerhalb von drei Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim Träger des Aufenthaltsortes melden und eine Arbeitseinstellungsanzeige oder, wenn die für den zuständigen Träger oder für den Träger des Aufenthaltsorts maßgebenden Rechtsvorschriften es vorsehen, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes vorlegen.*

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung diese Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([1a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([2]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([2a]) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist.

([2b]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale" anzugeben.

([3]) Nur die Familienangehörigen anzuführen, die sich vorübergehend in ein anderes Land der Gemeinschaft begeben.

([4]) Nur anzugeben, falls die Anschrift der Familienangehörigen von der des Arbeitnehmers oder des Rentenberechtigten verschieden ist.

([5]) Die beiden Angaben schließen einander gegenseitig aus; es ist nur die zutreffende Zeile auszufüllen und das Kästchen davor anzukreuzen.

([6]) Einzufügen, falls vorhanden.

▼M1

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise“ auf der Rückseite beachten!**

**SELBSTÄNDIGENSYSTEM**

**E 111** **B** (1)

**BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANPRUCH WÄHREND EINES AUFENTHALTES IN EINEM MITGLIEDSTAAT**

*VO 1408/71: Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 31.a*
*VO 574/72: Art. 20.4; Art. 21.1; Art. 23; Art. 31.1 und 3*

**ACHTUNG: DIESE BESCHEINIGUNG VERLEIHT KEINEN ANSPRUCH, WENN ZWECK DER REISE EINE ÄRTZLICHE BEHANDLUNG IM AUSLAND IST**

1 ☐ Erwerbstätiger ☐ Rentenberechtigter (Name ([1a]), frühere Namen ([1a]), Vornamen, Anschrift ([2]))

1.1 Kenn-Nr. ([1b]): ..... Geburtsdatum: .....

2 Familienangehörige ([3])

| 2.1 Name ([1a]) | Vornamen | Frühere Namen | Geburtsdatum | Kenn-Nr. ([1b]) |
|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

2.2 Ständige Anschrift ([2]) ([4]): .....
.....

GILT NUR FÜR KRANKENHAUSPFLEGE

3 Die genannten Personen haben Anspruch auf Sachleistungen nur bei Krankenhauspflege.
Diese können gewährt werden:
3.1 vom ..... bis ..... einschließlich.

4 Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([5]): .....
4.2 Anschrift ([2]): .....
.....
4.3 Stempel

4.4 Datum: .....
4.5 Unterschrift
.....

| | |
|---|---|
| 4.6 Gültig vom ..... bis ..... | 4.10 Gültig vom ..... bis ..... |
| 4.7 Stempel 4.8 Datum | 4.11 Stempel 4.12 Datum |
| ..... | ..... |
| 4.9 Unterschrift | 4.13 Unterschrift |
| ..... | ..... |

①

▼M1

**SELBSTÄNDIGENSYSTEM** | **E 111** | **B**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.14 | Gültig vom ..... bis ..... | | | 4.18 | Gültig vom ..... bis ..... | | |
| 4.15 | Stempel | 4.16 | Datum<br>.....<br>4.17 Unterschrift<br>..... | 4.19 | Stempel | 4.20 | Datum<br>.....<br>4.21 Unterschrift<br>..... |

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

*Der zuständige Träger oder ggf. der Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten füllt den Vordruck aus und händigt ihn dem Versicherten aus oder übersendet ihn dem Träger des Aufenthaltsorts, falls letzterer den Vordruck angefordert hat. Bei Aufenthalt im Vereinigten Königreich ist der Vordruck nicht erforderlich.*

**Hinweise für den Versicherten und seine Familienangehörigen:**

*a) Mit diesem Vordruck können Sie*

— *als Selbständiger und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Staat,*

— *als Rentenberechtigter des Systems für Selbstständige und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem jeweiligen ständigen Wohnland*

*von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes bei Krankenhausaufenthalt Sachleistungen erhalten (auch bei chronischen und bei bereits bestehenden Krankheiten).*

*b) Ist Krankenhausbehandlung erforderlich, ist die Bescheinigung dem Versicherungsträger des Aufenthaltslandes vorzulegen, und zwar*

*in* **Dänemark:** *bei der zuständigen „Amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „Magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg bei der „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung). Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können Sie in Anspruch nehmen, ohne sich vorher an die genannten Stellen zu wenden. Der Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme einer Leistung vorzulegen. Auskunft darüber, an welchen Arzt oder Zahnarzt Sie sich wenden müssen, erhalten Sie im örtlichen „Social- og sundhedsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);*

*in* **Deutschland:** *der Krankenkasse, die von Ihnen gewählt wird;*

*in* **Griechenland:** *der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch ausstellt, ohne das keine Sachleistungen gewährt werden;*

*in* **Spanien:** *den im Rahmen des Sozialversicherungssystems vorgesehenen Krankenhausdiensten. Der Vordruck ist zusammen mit einer Fotokopie einzureichen;*

*in* **Frankreich:** *der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Ortskrankenkasse);*

*in* **Irland:** *dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;*

*in* **Italien:** *der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale — USL" (örtliche Gesundheitseinheit);*

*in* **Luxemburg:** *der „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

*in* **den Niederlanden:** *der „ANOZ-Verzekeringen" in Utrecht;*

*in* **Österreich:** *der für den Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

*in* **Portugal: für das Festland** *der „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Aufenthaltsorts;* **für Madeira:** *der „Direcção Regional de Saùde Pública" (Regionaldirektion für Volksgesundheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *der „Direcção Regional de Saùde" (regionale Gesundheitsdirektion) in Angra do Heroísmo;*

*in* **Finnland:** *der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt) und dem Krankenhaus, das die Versorgung übernimmt. Dieser Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme von Leistungen vorzulegen;*

*in* **Schweden:** *der „försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Aufenthaltsort;*

*in* **Island:** *der „Tryggingsastufnun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

*in* **Liechtenstein:** *dem Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;*

*in* **Norwegen:** *dem „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) am Aufenthaltsort.*

**ANMERKUNGEN**

(*) EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien.

([1a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([1b]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale" anzugeben.

([2]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([3]) Nur die Familienangehörigen anzuführen, die sich vorübergehend in ein anderes Land der Gemeinschaft begeben.

([4]) Nur anzugeben, falls die Anschrift der Familienangehörigen von der des Arbeitnehmers oder des Rentenberechtigten verschieden ist.

([5]) Einzusetzen, falls vorhanden.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise“ auf der Rückseite beachten!**

**E 113** ☐ (1)

**KRANKENHAUSBEHANDLUNG — MITTEILUNG ÜBER AUFNAHME/ENTLASSUNG**

*VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 22a; Art. 22b; Art 25.1 und 3.i; Art. 26; Art. 31.a; Art. 34a; Art. 34b; Art. 52.a; Art. 55.1*
*VO 574/72: Art. 17.6; Art. 20.5; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23; Art. 26.3;*
*Art. 27; Art. 28; Art. 31.2 und 3; Art. 60.5; Art. 62.7; Art. 63.2*

*Dieser Vordruck ist bei Erstattung der tatsächlichen Aufwendungen für Sachleistungen zu verwenden. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen — Teil A für die Mitteilung über die Krankenhausaufnahme, Teil B für die Mitteilung über die Entlassung aus dem Krankenhaus — und an den zuständigen Träger zu senden. Für dänische Träger und Träger des Vereinigten Königreichs ist dieser Vordruck nicht erforderlich.*

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer) ☐ Studierender

☐ Selbständiger ☐ Rentenberechtigter (System Selbständige) ☐ Sonstiger Versicherter

☐ Arbeitsloser ☐ Rentenantragsteller

2.1 Name (2a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2)

.....

.....

2.4 Kenn-Nr. (2b): .....

3 Familienangehöriger in stationärer Behandlung

3.1 Name (2a)

.....

3.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....

3.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (3)

.....

3.4 Kenn-Nr. (2b): .....

4 Bezug:

4.1 ☐ Ihr Vordruck ..... vom ..... (4)

4.2 ☐ unser Vordruck E 107 vom .....

**A. Mitteilung über die Aufnahme**

5 Der in ☐ Feld 2 ☐ Feld 3 Genannte

5.1 wurde am .....

5.2 in das Krankenhaus (5) ..... aufgenommen

5.3 wegen ☐ Krankheit ☐ Mutterschaft ☐ Arbeitsunfalls (6)
☐ Berufskrankheit (7) ☐ außerberuflichen Unfalls (8)

5.4 Voraussichtlicher Aufenthalt bis zum .....

5.5 ☐ (9) Unterlagen oder ärztlicher Bericht in der Anlage

▼B

**E 113**

**B. Mitteilung über die Entlassung**

6 Der

☐ mit Vordruck E 113 vom .....

☐ in Teil A mitgeteilte Aufenthalt

war am ..... beendet.

7 Träger des Wohn- oder Aufenthaltslandes

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([2]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([2a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([2b]) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist, oder Nummer des Passes/N.I.F.
Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale“ anzugeben.
Bei in Schweden versicherten Personen die landesweit vergebene Personenkennnummer einsetzen.

([3]) Nur anzugeben, wenn die Anschrift des Familienangehörigen nicht dieselbe wie die in Feld 2 angegebene ist.

([4]) Kennziffer und Ausstelldatum des Vordrucks über den Leistungsanspruch des Versicherten, auf dem der Vordruck ausgestellt wird.

([5]) Bezeichnung des Krankenhauses.

([6]) Ist der Verletzte in Belgien oder Liechtenstein versichert, sind auch Name und Anschrift des Arbeitgebers anzugeben:

Name oder Firma: .....

Anschrift ([2]): .....

.....

([7]) Nach Möglichkeit anzugeben.

([8]) Anzugeben für die französischen Träger, die für die Selbständigen in der Landwirtschaft zuständig sind, und für portugiesische Träger.

([9]) Zutreffendes ankreuzen.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise“ auf der Rückseite beachten!**

**E 114** ☐ (1)

**GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN GRÖSSEREN UMFANGS**

*VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 22a; Art. 22b; Art 24; Art. 25.1 und 3.i; Art. 26; Art. 31.a; Art. 34a; Art. 34b; Art. 52.a; Art. 55.1*
*VO 574/72: Art. 17.7; Art. 20.5; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23; Art. 26.3;*
*Art. 27; Art. 28; Art. 31.2 und 3; Art. 60.6; Art. 62.7; Art. 63.2 und 3*

*Dieser Vordruck ist bei Erstattung der tatsächlichen Aufwendungen für Sachleistungen zu verwenden. Der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts füllt Teil A aus und sendet eine oder zwei Ausfertigungen, je nachdem, ob die Mitteilung Punkt 7.1 oder Punkt 7.2 betrifft, an den zuständigen Träger. Falls der zuständige Träger mit der Leistungsgewährung nicht einverstanden ist, muss er Teil B ausfüllen und eine Ausfertigung des Vordrucks an den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts senden. Für Träger des Vereinigten Königreiches ist der Vordruck nicht erforderlich.*

**A. Mitteilung**

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer) ☐ Studierender

☐ Selbständiger ☐ Rentenberechtigter (System Selbständige) ☐ Sonstiger Versicherter

☐ Arbeitsloser ☐ Rentenantragsteller

2.1 Name (3a)

.....

2.2 Vornamen | Frühere Namen (3a) | Geburtsdatum

..... | ..... | .....

2.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2)

.....

.....

2.4 Kenn-Nr. (3b): .....

3 Familienangehöriger

3.1 Name (3a)

.....

3.2 Vornamen | Frühere Namen | Geburtsdatum

..... | ..... | .....

3.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (4)

.....

3.4 Kenn-Nr. (3b): .....

4 Bezug:

4.1 ☐ Ihr Vordruck ..... vom ..... (5)

4.2 ☐ unser Vordruck E 107 vom .....

5 Unser ärztlicher Dienst hat für den

☐ in Feld 2 ☐ in Feld 3 Genannten

5.1 ☐ die Notwendigkeit ☐ die Dringlichkeit

5.2 folgender Leistungen anerkannt: .....

.....

5.3 Die ☐ voraussichtlich ☐ tatsächlichen Kosten betragen nach unserer Gebührenordnung

..... (6)

6 ☐ Der Bericht des Vertrauensarztes ist beigefügt (7).

7 Die in Punkt 5.2 genannten Leistungen (8)

7.1 ☐ wurden wegen Dringlichkeit bereits am ..... gewährt.

7.2 ☐ werden gewährt, falls uns innerhalb von 15 Tagen nach dem Absendetag dieser Mitteilung keine begründete Ablehnung zugeht.

①

▼B

**E 114**

| 8 | Träger des Wohn- oder Aufenthaltslandes |
|---|---|

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift ([2]): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

**B. Etwaiger Einspruch des zuständigen Trägers**

9 Unter Bezugnahme auf Ziffer 7.2 teilen wir Ihnen mit, dass die in Ziffer 5.2 genannten Leistungen nicht gewährt werden können.

Gründe:

.....

.....

| 10 | Zuständiger Träger |
|---|---|

10.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([9]): .....

10.2 Anschrift ([2]): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben**

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB: = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([2]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([3]) Ist der Verletzte in Belgien oder Liechtenstein versichert, sind auch Name und Anschrift des Arbeitgebers anzugeben:

Name oder Firma: .....

Anschrift ([2]) .....

.....

([3a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([3b]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale“ anzugeben.

([4]) Nur anzugeben, wenn die Anschrift des Familienangehörigen nicht dieselbe wie die in Feld 2 angegebene ist.

([5]) Kennziffer und Ausstelldatum des Vordrucks über den Leistungsanspruch des Versicherten, auf den der Vordruck ausgestellt ist.

([6]) In der Währung des Wohn- oder Aufenthaltslandes anzugeben.

([7]) Wird dieser Bericht beigefügt, ist das Kästchen davor anzukreuzen.

([8]) Bei belgischen Selbständigen sind **nur** die Sachleistungen bei Krankenhausaufenthalt zu berücksichtigen.

([9]) Einzusetzen, falls vorhanden.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!**

**E 115** ☐ (1)

**ANTRAG AUF GELDLEISTUNGEN WEGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT**

*VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; Art. 22b; Art. 25.1.b.; Art. 34.b; Art. 52.b; Art. 55.1.aii*
*VO 574/72: Art. 18.2 und 3; Art. 24; Art. 26.5 und 7; Art. 61.2 und 3; Art. 64*

*Ist der Vordruck auf einen Erwerbstätigen ausgestellt, so ist er nur in einfacher Ausfertigung auszustellen und an den zuständigen Träger der Krankenversicherung oder der Unfallversicherung zu senden. Ist er hingegen auf einen Arbeitslosen ausgestellt, sind weitere zwei Ausfertigungen erforderlich, von denen eine an den zuständigen Arbeitslosenversicherungsträger und die andere an den entsprechenden Träger des Landes zu senden ist, in dem sich der Arbeitslose zur Arbeitssuche aufhält (siehe auch Anmerkungen 7 und 9).*

**1** An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

.....

**2** ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

2.1 Name (2a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 Anschrift (2) im zuständigen Staat

.....

.....

2.4 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland

.....

.....

2.5 Kenn-Nr. (2b) .....

2.6 Inhaber der am ..... ausgestellten Besch. E 119 (3)

und der am ..... ausgestellten Besch. E 303 (3)

**3** Arbeitgeber (4)

3.1 Name oder Firma: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Tätigkeit des Unternehmens: .....

**A.** ☐ (5) **Antrag auf Leistungen**

4 Der in Feld 2 Genannte hat am .....

Geldleistungen beantragt wegen Arbeitsunfähigkeit infolge

4.1 ☐ Krankheit (6) ☐ Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Niederkunft: .....)

☐ eines Arbeitsunfalls ☐ eines Unfalls am .....

☐ Berufskrankheit ☐ Adoption ☐ gekürzter Vergütung im Falle von Mutterschaft gekürzter Adoption (6)

5 Die Bescheinigung des behandelnden Arztes

☐ ist beigefügt. ☐ konnte nicht vorgelegt werden.

▼B

**E 115**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Laut Gutachten unseres Vertrauensarztes, | ☐ | dessen Bericht beigefügt wird, |
| | | ☐ | dessen Bericht nachgereicht wird, |
| 6.1 | ☐ hat die Arbeitsunfähigkeit am | ..... | begonnen |
| | und dauert voraussichtlich bis zum | ..... | |
| 6.2 | ☐ liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor ([7]). | | |

7 ☐ Der Genannte erfüllt nicht die Voraussetzungen nach unseren Rechtsvorschriften, und zwar

.....

.....

8 ☐ Die Arbeitsunfähigkeit wurde wahrscheinlich durch einen von einem Dritten verschuldeten Unfall verursacht.

8.1 ☐ Ein Bericht über diesen Unfall mit Angabe der Anschrift des beteiligten Dritten ist beigefügt.

9 ☐ Wir sind bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen, und bitten Sie, falls Sie damit einverstanden sind, um Mitteilung aller zweckdienlichen Angaben ([8]).

10 ☐ Wir sind bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen.

**B.** ☐ ([5]) **Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | Unter Bezug auf | | |
| 11.1 | ☐ unseren Vordruck E 115 vom | ..... | |
| 11.2 | ☐ Ihren Vordruck E 117 vom | ..... | |
| 11.3 | teilen wir mit, dass der in Feld 2 Genannte laut Gutachten unseres Vertrauensarztes, | | |
| | ☐ dessen Bericht beigefügt wird, | | |
| | ☐ dessen Bericht schnellstens nachgereicht wird, | | |
| | voraussichtlich noch bis | | |
| | ..... | arbeitsunfähig ist. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes | | |
| 12.1 | Bezeichnung: | ..... | |
| 12.2 | Anschrift ([2]): | ..... | |
| | ..... | | |
| 12.3 | Stempel | | |
| 12.4 | Datum: | ..... | |
| 12.5 | Unterschrift | | |
| | ..... | | |

②

▼B

E 115

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

(2) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

(2a) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

(2b) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale" anzugeben.

(3) Nur anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt.

(4) Bei einem Arbeitslosen ist der letzte Arbeitgeber einzutragen.

(5) Nur Teil A oder Teil B auszufüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen. Bei den Niederlanden ist Feld 4 unbedingt auszufüllen.

(6) Bei Antrag aus Norwegen.

(7) Eine Kopie des an den Versicherten gerichteten Vordrucks E 118 ist beizufügen.

(8) Wird der Vordruck an einen deutschen oder einen italienischen Träger geschickt, braucht dieses Kästchen nicht angekreuzt zu werden, sondern nur Kästchen 10.

(9) In Italien ist dieser Vordruck bei Krankheit oder Mutterschaft bei der örtlichen Geschäftsstelle des „Istituto nazionale della previdenza sociale — INPS" (Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge), bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit beim „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro — INAIL" (Unfallversicherungsanstalt) einzureichen.
Soweit bei den Niederlanden der zuständige Krankenversicherungsträger nicht bekannt ist, ist der Vordruck an das „G.A.K., Postbus 8300, Amsterdam" zu senden.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!**

**E 116** ☐ (1)

**ÄRZTLICHER BERICHT BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT WEGEN KRANKHEIT/MUTTERSCHAFT, ARBEITSUNFALL, BERUFSKRANKHEIT**

*VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii; Art. 22b; Art. 25.1.b.; Art. 34b; Art. 52.b; Art. 55.1.aii; 1.b.ii; 1.c.ii*
*VO 574/72: Art. 18.2 und 3; Art. 24; Art. 26.5 und 7; Art. 61.2 und 3; Art. 64; Art. 65.2 und 4*

*Vom Arzt des Trägers auszufüllen, der den Vordruck E 115 ausstellt, und diesem Vordruck bei Krankheit/Mutterschaft in verschlossenem Umschlag als Anlage beizufügen. Im Fall Belgiens ist der Vordruck stets zuerst an den für die Kranken-/Mutterschaftsversicherung zuständigen belgischen Träger zu senden (9). In Liechtenstein, Norwegen und Schweden wird der Vordruck von dem Arzt, den die betreffende Person in Anspruch nimmt, ausgefüllt und vom Versicherungsträger bestätigt.*

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

1.3 Bezug: unser Vordruck E 116 vom .....

2 Anlage zu Vordruck E 115 vom .....

3 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

3.1 Name (2a)

.....

3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

3.3 Anschrift (2) im zuständigen Staat

.....

.....

3.4 Kenn-Nr. (3): .....

4 Ich, Dr. med. ..... , habe den Obengenannten

am ..... untersucht

4.1 und bin der Auffassung, dass

☐ Krankheit ☐ Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Niederkunft: ..... )

4.2 wahrscheinlich

☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit ☐ Unfall

4.3 ☐ Rückfall oder Verschlimmerung

vorliegt.

▼B

**E 116**

**Teil A: Allgemeiner Bericht**

5 In allen Fällen auszufüllen (insbesondere bei Arbeitsunfall)

5.1 Vorgeschichte und derzeitige Symptome

.....

.....

5.2 Klinischer Befund

5.3 Allgemeinzustand: ..... Gewicht ..... Größe ..... (4)

5.4 Sonstige Angaben: .....

.....

.....

5.5 Besondere Untersuchungen (5): .....

.....

.....

5.6 Diagnose: .....

5.7 Ergebnis:

5.8 ☐ Arbeitsunfähigkeit nicht anerkannt.

5.9 ☐ Arbeitsunfähigkeit anerkannt

vom ..... bis .....

5.10 ☐ Der Betreffende wird als teilweise arbeitsunfähig befunden, und zwar zu

..... % vom ..... bis ..... (5a)

5.11 ☐ Der Betreffende wird nachuntersucht am .....

5.12 ☐ Der Betreffende ist arbeitsfähig ab .....

**Teil B: Berichte bei Arbeitsunfall**

6 Erster ärztlicher Bericht

6.1 Der Unfall hat folgende Verletzungen verursacht (6)

.....

.....

.....

6.2 Diese Verletzungen ☐ haben zur Folge gehabt ☐ werden zur Folge haben (7)

.....

.....

.....

6.3 Die Arbeitsunfähigkeit hat begonnen am .....

6.4 Der Unfallverletzte wird behandelt:

☐ zu Hause ☐ in der Sprechstunde

☐ im Krankenhaus ☐ anderenorts

Anschrift (2) (8): .....

.....

②

▼B

**E 116**

7 Ärztlicher Abschlussbericht

7.1 Die Behandlung wurde am ..... abgeschlossen.

7.2 Die Verletzungen sind seit dem ..... konsolidiert

7.3 ☐ ohne Nachwirkungen.

7.4 ☐ und haben voraussichtlich zur Folge:

.....

.....

.....

7.5 Ausführliche Beschreibung des Zustandes des Verletzten nach Heilung oder bei Beendigung der Behandlung

.....

.....

.....

.....

8 Träger des Wohn- und Aufenthaltsorts

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift ([2]): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift des Arztes

.....

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([2]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([2a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([3]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale“ anzugeben.

([4]) Auszufüllen, wenn die Angaben für erforderlich gehalten werden.

([5]) Die Art und das Datum der Untersuchung sind anzugeben.

([5a]) Bei Antragstellung von Norwegen aus.

([6]) Die Art und der verletzte Körperteil sind angeben: z. B. Fraktur des Arms, Kontusionen am Kopf, an den Fingern, innere Verletzungen, Asphyxie usw.

([7]) Die feststehenden oder voraussichtlichen Folgen der festgestellten Verletzungen sind anzugeben: z. B. Tod, dauernde Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit; vorübergehende Voll- und Teilarbeitsunfähigkeit mit Angabe der voraussichtlichen Dauer.

([8]) Bei stationärer Behandlung ist der Name des Krankenhauses anzugeben.

([9]) Vordruck E 116 ist bei Anträgen auf Mutterschaftsleistungen, die von Belgien zu zahlen sind, nicht erforderlich.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise“ auf der Rückseite beachten!**

**E 117** ☐ (1)

**GEWÄHRUNG VON GELDLEISTUNGEN BEI MUTTERSCHAFT UND ARBEITSUNFÄHIGKEIT**

*VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; Art. 22a; Art. 22b; Art. 25.1.b.; Art. 34b; Art. 52.b; Art. 55.1.aii*
*VO 574/72: Art. 18.6 und 8; Art. 24; Art. 26.7 Art. 61.6 und 8; Art. 64*

*Dieser Vordruck ist vom zuständigen Träger auszufüllen und dem Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes zu übersenden. Werden die Geldleistungen vom Träger des Wohnorts gezahlt, muss der zuständige Träger gemäß Art. 61.8 VO 574/72 auch den Arbeitnehmer davon unterrichten.*

1 An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

.....

2 Bezug: Ihr Vordruck E 115 vom .....

3 ☐ Der Arbeitnehmer ☐ Der Selbständige ☐ Der Arbeitslose

3.1 Name (2a)

.....

3.2 Vornamen | Frühere Namen (2a) | Geburtsdatum

..... | ..... | .....

3.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland

.....

.....

3.4 Kenn-Nr. (2b): .....

4 ☐ hat vorläufig, vorbehaltlich etwaiger Verlängerung, Anspruch auf Geldleistungen vom ..... bis .....

4.1 ☐ hat keinen Anspruch auf Geldleistungen.
Grund: s. beiliegenden Vordruck E 118

4.2 ☐ hat keinen Anspruch mehr auf Geldleistungen ab .....
Grund: s. beiliegenden Vordruck E 118

5 Diese Leistungen werden gezahlt (3a)

5.1 ☐ von uns

5.2 ☐ von Ihnen für unsere Rechnung (3b)

5.3 ☐ vom Arbeitgeber (4)
vom ..... bis ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 Die Geldleistung ist zu zahlen:

6.2 für alle Wochentage außer ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

6.3 Der Tagessatz dieser Geldleistung beträgt
..... netto (7), wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird, und
..... netto (7), wenn er stationär behandelt wird.

6.4 ☐ (8) Werden die Geldleistungen für einen Monat geschuldet, so werden sie unabhängig davon, ob der Monat mehr oder weniger als 30 Tage hat, für 30 Tage gewährt.

7 Wir bitten um möglichst baldige Mitteilung des Ergebnisses

7.1 ☐ einer ..... Untersuchung (9)

7.2 ☐ einer verwaltungsmäßigen Überprüfung

7.3 ☐ einer erneuten Nachuntersuchung um den .....

①

▼B

**E 117**

| 8 | Zuständiger Träger | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8.1 | Bezeichnung: ..... | | Kenn-Nr. ([10]): | ..... |
| 8.2 | Anschrift ([2]): ..... | | | |
| | ..... | | | |
| 8.3 | Stempel | | | |
| | | 8.4 | Datum: | ..... |
| | | 8.5 | Unterschrift | |
| | | | ..... | |

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([2]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([2a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([2b]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale“ anzugeben.

([3]) Nicht anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt, für den ein Vordruck E 119 ausgestellt wurde.

([3a]) Der zuständige Träger kann hier die Zahlungsweise angeben.
.....
.....

([3b]) Ist dieser Vordruck an einen französischen oder einen italienischen Träger gerichtet, braucht dieses Kästchen nicht angekreuzt zu werden.

([4]) Ggf. von den dänischen, deutschen oder luxemburgischen Trägern auszufüllen.

([5]) Von den deutschen, spanischen und luxemburgischen Trägern auszufüllen.

([6]) Nur in dem unter 5.2 genannten Fall auszufüllen.

([7]) Betrag in der Währung des zuständigen Staates.

([8]) Gegebenenfalls anzukreuzen.

([9]) Die Art der gewünschten ärztlichen Untersuchung ist anzugeben (Röntgenaufnahme, Analyse usw.).

([10]) Einzusetzen, falls vorhanden.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise“ auf der Rückseite beachten!**

**E 118** ☐ (1)

**MITTEILUNG ÜBER NICHTANERKENNUNG/BEENDIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT**

*VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; b.ii; c.ii; Art. 22a; Art. 22b; Art. 25.1.b; Art. 34b; Art. 52.b; Art. 55.1.a.ii; b.ii; c.ii*
*VO 574/72: Art. 18.4 und 6; Art. 24; Art. 26.5 und 7; Art. 61.4 und 6; Art. 64*

*Für Erwerbstätige füllt der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes (oder der zuständige Träger) den Vordruck in zweifacher Ausfertigung aus, von denen er einen an den Erwerbstätigen und den anderen an den Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung oder der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten des zuständigen Staates (des Wohn- oder Aufenthaltsorts) sendet. Bei Arbeitslosen sind außer den beiden genannten Ausfertigungen, von denen eine für den Arbeitslosen bestimmt ist, zwei weitere erforderlich, von denen eine an den zuständigen Arbeitslosenversicherungsträger und die andere an den entsprechenden Träger des Landes zu senden ist, in dem sich der Arbeitslose zur Arbeitssuche aufhält.*

1 ☐ An den Arbeitnehmer ☐ An den Selbständigen ☐ An den Arbeitslosen

1.1 Name ([1a])
.....

1.2 Vornamen ..... Frühere Namen ([1a]) ..... Geburtsdatum .....

1.3 Anschrift ([2]) im Wohn- oder Aufenthaltsland
.....
.....

1.4 Kenn-Nr. ([2a]): .....

2 ☐ An den zuständigen Träger ☐ An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

2.1 Bezeichnung: .....

2.2 Anschrift ([2]): .....
.....

3 ☐ Nach dem uns bekanntgewordenen Sachverhalt
☐ Nach der von unserem Arzt am ..... vorgenommenen Nachuntersuchung

3.1 ☐ sind Sie nur bedingt arbeitsunfähig.

3.2 ☐ haben Sie Anspruch auf eine Teilentschädigung in Höhe von .....
ab ..... ([3])

3.3 ☐ sind Sie arbeitsunfähig.

3.4 ☐ war Ihre Arbeitsunfähigkeit am ..... ([4]) beendet.

3.5 ☐ Der letzte Tag, für den Ihnen Geldleistungen gezahlt werden, ist .....

3.6 ☐ Der zuständige Träger entscheidet, welches der letzte Tag für den Bezug von Geldleistungen sein wird.

3.7 ☐ Sie haben keinen Anspruch auf Leistungen, weil .....
.....

4 ☐ Träger des Wohn- oder Aufenthaltslandes ☐ Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([5]): .....

4.2 Anschrift ([2]): .....
.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift
.....

▼B

**E 118**

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfasst 5 Seiten einschließlich Anlage, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

**Hinweise für den Arbeitnehmer/Selbständigen/Arbeitslosen**

*Falls Sie mit der auf diesem Vordruck mitgeteilten Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie diese anfechten.*

*Näheres zu Rechtsbehelfen und Rechtsbehelfsfristen entnehmen Sie bitte der Anlage.*

*Hinsichtlich der Rechtsbehelfe und Fristen müssen Sie sich an die für den jeweils zuständigen Staat angegebenen Weisungen halten.*

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([1a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen anzugeben.

Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([2]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([2a]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale“ anzugeben.

([3]) Nur dann auszufüllen, wenn der zuständige Träger den Vordruck ausstellt. Anzugeben, ob es sich um einen Tages-, Wochen- oder Monatsbetrag handelt.

([4]) Der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit ist einzutragen.

([5]) Einzusetzen, falls vorhanden.

▼B

**E 118 Anlage**

RECHTSBEHELFE UND FRISTEN FÜR RECHTSBEHELFE

VO 574/72: Art. 18.4; Art. 61.4

1. **BELGIEN**

Sollten Sie mit vorliegender Entscheidung nicht einverstanden sein, können Sie binnen eines Monats vom Tage der Zustellung an bei der Urkundsstelle des zuständigen Arbeitsgerichts eine schriftliche Beschwerde mit Datum und Unterschrift abgeben oder als Einschreiben an diese Stelle richten.

Zuständiges Arbeitsgericht ist,

a) wenn Sie in Belgien wohnen, das Arbeitsgericht des für Ihren Wohnsitz zuständigen Gerichtsbezirks;

b) wenn Sie nicht oder nicht mehr in Belgien wohnen, das Arbeitsgericht des für Ihren letzten Wohnsitz oder Wohnort in Belgien zuständigen Gerichtsbezirks;

c) wenn Sie nicht in Belgien gewohnt haben, das Arbeitsgericht des für Ihren letzten Beschäftigungsort in Belgien zuständigen Gerichtsbezirks.

2. **DÄNEMARK**

Wenn Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen vier Wochen nach Zustellung des Bescheids Einspruch erheben bei:

„Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget" (Sozialbeschwerdeamt Tagegeldausschuss), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Kopenhagen K.

3. **DEUTSCHLAND**

Der beiliegende Verwaltungsakt wird rechtskräftig, wenn Sie nicht innerhalb von drei Monaten nach seiner Zustellung schriftlich bei dem nachstehend ausgeführten deutschen Träger Einspruch erhoben haben:

Bezeichnung: .....
Anschrift: .....
.....

4. **GRIECHENLAND**

Falls Sie mit der beiliegenden Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie binnen 30 Tagen nach Erhalt derselben Beschwerde erheben bei:

Bezeichnung: .....
Anschrift: .....
.....

5. **SPANIEN**

Gegen beiliegenden Bescheid können Sie binnen 30 Werktagen nach seiner Zustellung bei nachstehendem Träger Beschwerde einlegen:

Bezeichnung: .....
Anschrift: .....
.....

und zwar entweder unmittelbar oder über den Träger Ihres Aufenthalts- oder Wohnorts.

6. **FRANKREICH**

Falls Sie die vorliegende Entscheidung anfechten wollen, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt dieser Mitteilung eine Beschwerde beim leitenden Arzt der nachgenannten „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse) einreichen:

Bezeichnung: .....
Anschrift: .....
.....

③

▼B

**E 118 Anlage**

7. **IRLAND**

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie beim „Social Welfare Appeals Office“ (Beschwerdeamt für Sozialfürsorge), D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2, ein Gesuch einreichen. Ein solches Gesuch ist binnen 21 Tagen nach Empfang dieses Bescheides einzureichen.

8. **ITALIEN**

**Beschwerde gegen INPS-Entscheidungen (Krankheit und Mutterschaft)**

Gegen INPS-Entscheide können Sie innerhalb von 90 Tagen nach Zustellung des betreffenden Bescheids Widerspruch beim zuständigen Provinzausschuss einlegen.

Ferner können Sie innerhalb eines Jahres nach Zustellung der Ausschussentscheidung bzw. 90 Tage nach Einlegung des Widerspruchs, falls der Ausschuss keine Entscheidung getroffen hat, vor Gericht klagen.

**Beschwerde gegen INAIL-Entscheidungen (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)**

Gegen INAIL-Entscheide können Sie der INAIL binnen 60 Tagen nach Erhalt des Ihnen zugestellten Bescheides mittels Einschreibens mit Rückschein oder Zustellungsurkunde die Gründe mitteilen, derentwegen Sie den erhaltenen Bescheid für unzutreffend halten, wobei Sie im Fall dauernder Arbeitsunfähigkeit die Entschädigungsmaßnahme näher angeben müssen, die Sie für richtig halten, und in jedem Fall ein ärztliches Zeugnis beifügen, aus dem die Ihre Forderung berechtigenden Gründe ersichtlich sind.

Erhalten Sie aufgrund Ihrer Beschwerde innerhalb 60 Tagen nach deren Eingang keine Antwort oder ist die Antwort für Sie unbefriedigend, so können Sie vor dem ordentlichen Gericht gegen die INAIL Klage erheben.

Ihren Einspruch können Sie unmittelbar bei der INAIL oder über den für Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Träger einreichen.

9. **LUXEMBURG**

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 40 Tagen nach Zustellung des Bescheides beim „Conseil arbitral des assurances sociales“ (Schiedsausschuss der Sozialversicherungen) in Luxemburg eine Grundsatzbeschwerde einreichen.

10. **NIEDERLANDE**

Falls Sie mit der beigefügten Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb einer angemessenen kurzen Frist bei dem (in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 bezeichneten) zuständigen niederländischen Träger einen beschwerdefähigen Bescheid anfordern, in dem die Rechtsbehelfe und Rechtsbehelfsfristen angegeben sind.

11. **ÖSTERREICH**

Wenn Sie mit dem beigefügten Bescheid (Vordruck E 118) nicht einverstanden sind, können Sie um eine Entscheidung des in Feld 2 oder 4 des genannten Vordrucks aufgeführten zuständigen österreichischen Trägers ersuchen, der Sie dann die Belehrung über den zulässigen Rechtsbehelf entnehmen können.

12. **PORTUGAL**

Falls Sie mit dem beigefügten Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie

— bei Nichtanerkennung einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb von acht Tagen nach Zustellung des Bescheids Widerspruch bei der „Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde“ (Einrichtungsausschuss der Regionalgesundheitsverwaltung) einlegen

oder

— bei Abweisung eines Antrags auf Geldleistungen aus Verwaltungsgründen innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Bescheids Rechtsbehelf beim „Tribunal Administrativo de Circulo“ (Bereichsverwaltungsgericht) einlegen. Falls Sie außerhalb Portugals wohnen, beträgt diese Frist vier Monate nach Zustellung des Bescheids.

13. **FINNLAND**

Wenn Sie den beiliegenden Bescheid anfechten wollen, können Sie binnen 30 Tagen nach dessen Zustellung Widerspruch entweder bei dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 aufgeführten finnischen Versicherungsträger oder bei dem ebenfalls in einem der genannten Felder angegebenen, Ihrem Wohnort am nächsten gelegenen Versicherungsträger einlegen.

④

▼B

**E 118 Anlage**

14. **SCHWEDEN**

Sie können innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Bescheids Widerspruch bei dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 aufgeführten zuständigen schwedischen Träger einlegen. In dem Widerspruch ist darzulegen, warum Sie die Entscheidung für ungerechtfertigt halten.

15. **VEREINIGTES KÖNIGREICH**

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 28 Tagen nach Zustellung des Bescheids beim „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerium für soziale Sicherheit, Agentur Beiträge, Direktion Auslandsbeiträge) in Newcastle-upon-Tyne bzw. bei der „Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Agentur Soziale Sicherheit Nordirland, Abteilung Ausland) in Belfast Widerspruch einlegen.

16. **ISLAND**

Wenn Sie den beiliegenden Bescheid anfechten wollen, können Sie beim Landessozialversicherungsamt in Reykjavik Widerspruch einlegen.

17. **LIECHTENSTEIN**

a) Betreffend Krankenversicherung: Wenn Sie mit einer Entscheidung einer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie einen förmlichen Bescheid verlangen, der die Begründung und die Rechtsbehelfsbelehrung enthalten muss.

   Innerhalb von 60 Tagen nach Zustellung dieses förmlichen Bescheids können Sie ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen.

b) Betreffend Unfallversicherung: Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach seiner Zustellung bei dem betreffenden Unfallversicherer die Überprüfung seines Bescheids verlangen.

   Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie ebenfalls innerhalb von zwei Monaten nach seiner Zustellung ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen. Dies gilt auch für die Entscheidung des Unfallversicherers zu dem oben erwähnten Überprüfungsbegehren.

18. **NORWEGEN**

Ein Widerspruch gegen eine norwegische Entscheidung muss dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 aufgeführten Träger innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Bescheids übermittelt werden.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!**

**E 125** ☐ (1)

**EINZELAUFSTELLUNG DER TATSÄCHLICHEN AUFWENDUNGEN**

*VO 1408/71: Art. 36.1 und 2; Art. 63.1; Art. 87.1*
*VO 574/72: Art. 93.1, 2, 4, 5; Art. 105.1*

*Für jeden Berechtigten ist ein Vordruck auszufüllen.*

1 Rechnung Nr. ..... (2) für das ☐ 1. Halbjahr ☐ 2. Halbjahr 20 .....

2 An den zuständigen Träger

2.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (2a): .....
2.2 Anschrift (3): .....
.....

3 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Rentner (Arbeitnehmersystem) ☐ Rentner (Selbständigensystem) ☐ Studierender ☐ Sonstiger Versicherter

3.1 Name (4)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (4) ..... Geburtsdatum .....
3.3 Anschrift (3): .....
.....
3.4 Anschrift (3) im zuständigen Land: .....
.....
3.5 Kenn-Nr. (4a): .....

4 Familienangehöriger (5)

4.1 Name (4)
.....
4.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....

5 Dem ☐ in Feld 3 ☐ in Feld 4 Genannten wurden die Leistungen gemäß folgendem Artikel der Verordnung 1408/71:

5.1 ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1.a und 3 ☐ 22.1.b und 3 ☐ 22.1.c und 3 ☐ 22a ☐ 22b
☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 (5a) ☐ 31 ☐ 34a ☐ 34b
☐ 52 (5b) ☐ 55.1 (5b)
aufgrund folgender uns übersandter Vordrucke gewährt:

5.2 ☐ Vordruck E ..... vom ..... ☐ Vordruck E 117 vom .....
gültig vom ..... bis .....

5.3 Über die in ☐ Feld 3 ☐ Feld 4 genannte Person
wurde aufgrund des Antrags vom
ein ärztliches Gutachten erstellt .....

▼B

**E 125**

| 6 | Tatsächliche Aufwendungen | | 6.1 Betrag ([6]) |
|---|---|---|---|
| 6.2 | **Für Sachleistungen** | vom ..... bis ..... | ..... |
| 6.3 | Ärztliche Behandlung | ..... | ..... |
| 6.4 | Zahnärztliche Behandlung | ..... | ..... |
| 6.5 | Arzneimittel | ..... | ..... |
| 6.6 | Krankenhausbehandlung | vom ..... bis ..... | ..... |
| | | vom ..... bis ..... | ..... |
| 6.7 | Sonstige Leistungen ([7]) | ..... | |
| | | ..... | ..... |
| 6.8 | **Sachleistungen insgesamt** | | ..... |
| 6.9 | **Ärztliche Kontrollen** ([8]) | ..... | |
| | | ..... | ..... |
| 6.10 | **Für Geldleistungen** | vom ..... bis ..... | ..... |
| 6.11 | LEISTUNGEN INSGESAMT | | ..... |

| 7 | Forderungsberechtigter Träger | | |
|---|---|---|---|
| 7.1 | Bezeichnung: | ..... | Kenn-Nr. ([9]): ..... |
| 7.2 | Anschrift ([3]): | ..... | |
| | ..... | | |
| 7.3 | Stempel | | |
| | | 7.4 Datum: | ..... |
| | | 7.5 Unterschrift | |
| | | ..... | |

| 8 | Dem Versicherungsträger des zuständigen Staates vorbehalten |
|---|---|
| | |

②

▼B

**E 125**

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

(2) Dem forderungsberechtigten Träger erforderlichenfalls anzugeben.

(2a) Einzusetzen, falls bekannt.

(3) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

(4) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

(4a) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist.
Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale“ anzugeben.

(5) Nur anzugeben, wenn die Abrechnung einen Familienangehörigen betrifft.

(5a) Gilt nur in den Beziehungen mit Frankreich für die bis zum 31.12.2001 gewährten Leistungen.

(5b) Für dänische Träger ist möglichst die Bezeichnung und die Anschrift des Arbeitgebers anzugeben, wenn Leistungen nach Art. 52 oder Art. 55 Abs. 1 der Verordnung 1408/71 bezogen werden:

| |
|---|
| Bezeichnung des Arbeitgebers: ..... |
| Anschrift: ..... |
| ..... |

(6) In Landeswährung anzugeben.

(7) Die Art der Leistung ist anzugeben: Geburtshilfe, Zahnersatz, orthopädische Prothesen, Thermalkur, Krankenwagen, ergänzende Diagnosemaßnahmen usw.

(8) Angabe der Art der durchgeführten ärztlichen Kontrollen oder der erstellten ärztlichen Gutachten.

(9) Einzusetzen, falls vorhanden.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!**

**E 126** ☐ (1)

**ERSTATTUNGSSÄTZE FÜR SACHLEISTUNGEN**

*VO 1408/71: 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 22a; Art. 22b; Art. 31.a; Art. 34a; Art. 34b*
*VO 574/72: Art. 34*

*Der zuständige Träger füllt Teil A des Vordrucks aus und sendet zwei Ausfertigungen entweder unmittelbar oder über die Verbindungsstelle an den aushelfenden Träger im Land des vorübergehenden Aufenthalts des Versicherten. Dieser Träger füllt Teil B des Vordrucks aus und reicht eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück.*

**A. Anfrage**

1 An den Träger (2) des Aufenthaltsorts

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

.....

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigter (Arbeitnehmersystem) ☐ Studierender

☐ Selbständiger ☐ Rentenberechtigter (Selbständigensystem) ☐ Sonstiger Versicherter

2.1 Name (3a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (3a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 ☐ Der Betroffene untersteht einem der in Anhang 11 zur VO 574/72 erfassten Systeme für Selbständige.

2.4 Kenn-Nr.: .....

3 Familienangehörige, die Sachleistungen erhalten haben

| | Name (3a) | Vornamen | Frühere Namen | Geburtsdatum |
|---|---|---|---|---|
| 3.2 | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 3.3 | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 3.4 | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | ..... | ..... | ..... | ..... |

▼B

**E 126**

4 Die genannte Person hat

4.1 während eines Aufenthalts in ..... (Land)

4.2 in ..... (Ort)

4.3 die Kosten für die erforderliche Behandlung usw. selbst verauslagt.

4.4 Der Genannte ist ☐ verwitwet ☐ erwerbsunfähig ([4])

4.5 hat ein Einkommen von ..... ([4])

5 Wir bitten Sie, auf den beigefügten Quittungen für jede in diesen Quittungen angegebene Leistung die Beträge einzutragen, die den Betreffenden nach den Gebührensätzen aufgrund Ihrer Gebührenordnung erstattet werden könnten. Nur für Luxemburg ist auch die Höhe der vom Versicherten zu übernehmenden offiziellen Selbstbeteiligung anzugeben.

6 Beiliegend ..... Quittungen

7 Zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([4a]): .....

7.2 Anschrift ([3]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

**B. Mitteilung**

8 Beiliegend ..... Quittungen mit den in Ziffer 5 erbetenen Gebührensätzen.

9 ☐ Erstattungsbetrag ([5]) ..... ☐ Keine Erstattung

10 Bemerkungen: .....

.....

.....

.....

11 Träger des Aufenthaltsorts

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Anschrift ([3]): .....

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Unterschrift

.....

②

▼B

**E 126**

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([2]) Ist der Träger, der die Sachleistungen hätte gewähren müssen, unbekannt, so kann der Vordruck an die Verbindungsstelle des Aufenthaltslandes gerichtet werden, und zwar:

— *in* **Belgien:** *an das „Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité — INAMI" (Staatliche Anstalt für Kranken- und Invaliditätsversicherung) in Brüssel;*

— *in* **Dänemark:** *an „Sundhedsministeriet" (Gesundheitsministerium) in Kopenhagen;*

— *in* **Deutschland:** *an den „DVKA – Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland", Bonn;*

— *in* **Griechenland:** *an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA); bei Seeleuten an die Rentenkasse der Seeleute (NAT);*

— *in* **Spanien:** *an das „Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Landesanstalt für die soziale Sicherheit) in Madrid;*

— *in* **Frankreich:** *an das „Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants" (Zentralstelle für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer) in Paris;*

— *in* **Irland:** *an das „Department of Health" (Gesundheitsministerium) in Dublin;*

— *in* **Italien:** *an das „Ministero della sanità" (Gesundheitsministerium) in Rom;*

— *in* **Luxemburg:** *an die „Union des caisses de maladie" (Krankenkassenverein);*

— *in den* **Niederlanden:** *an „ANOZ Verzekeringen" in Utrecht;*

— *in* **Österreich:** *an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Wien;*

— *in* **Portugal:** *an das „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Ministerium für internationale Beziehungen und Abkommen über soziale Sicherheit) in Lissabon;*

— *in* **Finnland:** *an „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt) in Helsinki;*

— *in* **Schweden:** *an „Riksförsäkringsverket" (Landesversicherungsamt) in Stockholm;*

— *in* **Island:** *an „Tryggingastofnun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

— *in* **Liechtenstein:** *an das Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;*

— *in* **Norwegen:** *an „Rikstrygdeverket" (Landesversicherungsamt) in Oslo.*

([3]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([3a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.

Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([4]) Nur auszufüllen, wenn die Anfrage an einen belgischen Träger gerichtet ist.

([4a]) Einzusetzen, falls vorhanden.

([5]) Angabe des Gesamtbetrags.

▼B

**EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN**
**Verordnungen über soziale Sicherheit**
**EWR***

**Bitte „Hinweise“ auf der Rückseite beachten!**

**E 127** ☐ (1)

**EINZELAUFSTELLUNG DER MONATSPAUSCHBETRÄGE**

*VO 1408/71: Art. 36.1 und 2*
*VO 574/72: Art. 94; Art. 95*

1

Aufstellung Nr. ..... für das Rechnungsjahr 20..... (2)

2 An den zuständigen Träger

2.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (3a) .....
2.2 Anschrift: (3) .....
.....

3 Der Sachleistungsanspruch wurde erworben durch den

☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigten (Arbeitnehmersystem)
☐ Selbständigen ☐ Rentenberechtigten (Selbständigensystem)

3.1 Name (4)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (4) ..... Geburtsdatum .....
3.3 Kenn-Nr. beim zuständigen Träger (4a): .....

4 Diese Einzelaufstellung betrifft

4.1 ☐ die Familie des in Feld 3 genannten Arbeitnehmers oder Selbständigen, wohnhaft unter folgender Anschrift (3):
.....
4.2 ☐ den in Feld 3 genannten und unter folgender Anschrift (3) wohnenden Rentenberechtigten: .....
.....
4.3 ☐ den nachstehend genannten Familienangehörigen des in Feld 3 bezeichneten Rentenberechtigten:
4.3.1 Name (4):
.....
4.3.2 Vornamen: ..... Frühere Namen (4): ..... Geburtsdatum: .....
4.3.3 Anschrift (3): .....
.....
4.3.4 Kenn-Nr. beim zuständigen Träger (4a): .....
.....

5 Der Anspruch der Familienangehörigen des genannten Versicherten bzw. des genannten Rentenberechtigten und seiner Familienangehörigen auf Sachleistungen wurde von Ihnen mit Vordruck
E ..... vom ..... bescheinigt.
6 Für den Zeitraum, für den dieser Anspruch bestand
(vom ..... bis .....),
6.1 beträgt die Zahl der Monatspauschalbeträge
☐ je Familie, bzw. je Rentner und Familie ☐ je Familienangehörigen ☐ pro Kopf
.....

①

▼B

**E 127**

| 7 | Forderungsberechtigter Träger |
|---|---|

7.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([5]): .....

7.2 Anschrift ([3]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

| 8 | Dem zuständigen Träger vorbehalten |
|---|---|

**HINWEISE**

**Der Vordruck ist in dreifacher Ausfertigung in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

*Der Träger des Wohnorts fertigt diese Aufstellung für ein volles Kalenderjahr an; er sendet sie über den zur Durchführung des Artikels 102 Absatz 2 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 bezeichneten Träger an den zuständigen Träger.*

**ANMERKUNGEN**

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung diese Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([2]) Kalenderjahr, in dem die Leistungen gewährt wurden.

([3]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

([3a]) Einzusetzen, falls bekannt.

([4]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([4a]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale“ anzugeben.

([5]) Einzufügen, falls vorhanden.