

Krankenkasse

Kat.

Scheinart

Ärztliche Fahrt- bzw. Transportanordnung Schein für Reise(Fahrt)- und Transportkosten

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer
 Patient/in 1910 25 03 67
Tag Mon. Jahr

Susi Mustermann

Einweisung / Überweisung / Überstellung in das / an

Dr. Facharzt

Edenweg 10, 4910 Ried i. I.

Diagnosen

Wohnanschrift

Beispielweg 14, 4750 Richtig

Versicherte/r
Tag Mon. Jahr

Der Ersatz von Reise(Fahrt)-bzw. Transportkosten richtet sich nach den Bestimmungen der Satzung der OÖGKK.

Dienstgeber/in

Firma Mustermann & Co

Wichtiger Hinweis: Bei Transporten ohne Sanitäter ist vor dem ersten Transport die Chefarztbewilligung einzuholen.

Ausnahme: Die Chefarztbewilligung ist in besonderen Ausnahmefällen nicht erforderlich, wenn Ihr Arzt zusätzlich zur medizinischen Begründung im selben Feld „TR“ vermerkt.

Rezeptgebührenbefreiung

Begründung, wenn die Zu(Über)weisung nicht zum nächsterreichbaren/nächstgelegenen Vertragspartner erfolgt(e):

auf Wunsch der/des Patienten/in

ist/war notwendig wegen _____

Datum, Arztstempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bitte zutreffende Felder ankreuzen

Bestätigung der behandelnden / begutachtenden Stelle:

Die/der Patient(in) wurde an folgenden Tagen behandelt/untersucht:

Fahrt mit

öffentlichem Verkehrsmittel

am _____ Datum _____ Unterschrift und Stempel

und Begleitperson wegen _____

Transport mit

Transportfahrzeug OHNE Sanitäter
(Privat-PKW, Taxi, Ambulanztransportwagen)

am _____ Datum _____ Unterschrift und Stempel

Transportfahrzeug MIT Sanitäter
(Krankenwagen)

am _____ Datum _____ Unterschrift und Stempel

TR - eingeschränkte Gehfähigkeit

(medizinische Begründung)

am _____ Datum _____ Unterschrift und Stempel

Stellungnahme der Chefärztin / des Chefarztes

Ja Nein

Die Verordnung wird geändert auf:

Rechnungsbetrag für

Km € _____

Pauschale € _____

% Mwst. € _____

Taxameter (inkl. Mwst.) € _____

Selbstbehalt € _____

Datum, Stempel und Unterschrift der Chefärztin / des Chefarztes

Datum

Firmenstempel und Unterschrift der Empfängerin / des Empfängers