

Krankentransport

Österreichische Gesundheitskasse

Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt

- TAXI
 PRIVAT - PKW

PATIENT
Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

ACHTUNG: Dieser Antrag ist noch vor der
Behandlung bei der Österreichischen Gesundheits-
kasse im Burgenland zur Genehmigung einzureichen.

Wohnanschrift

Überweisung an:

**Begründung, wenn die Zu(Über)weisung nicht zum
nächstgelegenen Vertragspartner erfolgt(e)**

VERSICHERTER
Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

- auf Wunsch der/des Patientin/en
 ist/war notwendig wegen:

Diagnose:

Dienstgeber

- Rezeptgebührenbefreiung
Kostenanteilsbefreiung

**Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels
ist nicht möglich wegen:**

Anzahl der notwendigen Transporte:

Erladigung durch med. Dienst

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes

Bestätigung der behandelnden Stelle

Der/die Patient(in) wurde an folgenden Tagen behandelt/untersucht:

HINWEIS:

Wurde der Krankentransport mit einem privat PKW durchgeführt, können die Angaben über KFZ-Kennzeichen, Abholzeit und Wartezeit entfallen.

KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel