

--

ÖGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Krankenwagen

(Dieser Schein ist zur Abrechnung der Transportkosten den Transportnachweisen anzuschließen!)

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient/in		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>
Anschrift		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div>

Nur von der Kasse auszufüllen:

Die Kasse übernimmt die Transportkosten zu den jeweils gültigen
 Tarifen bis längstens _____ im Ausmaß von
 _____ Hintransporten
 _____ Rücktransporten

 Datum, Unterschrift, Stempel der kassenärztlichen Dienststelle

Die Patientin/der Patient leidet an (Diagnose Code ICD-10) _____
 und wird zur folgenden Krankenbehandlung _____
 an _____ zugewiesen.

Anzahl der notwendigen Behandlungen _____ .

Begründung, weshalb die Inanspruchnahme eines
 Vertragsfahrtendienstes (PKW) medizinisch nicht möglich ist:

Die Patientin/der Patient

- muss auf Grund der Gehunfähigkeit mittels Krankentrage oder eines Tragesessels transportiert werden
- benötigt die Begleitung einer Sanitäterin/eines Sanitäters
- Zutreffendes bitte ankreuzen!

 Datum, Stempel und Unterschrift der/des beantragenden Ärztin/Arztes

Hinweis

Nähere Informationen zur Bewilligungspflicht und Kostenübernahme durch die Österreichische Gesundheitskasse finden Sie auf der Homepage unter www.gesundheitskasse.at.