

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 Vertragsfahrtendienst

Rückseite bitte beachten! Fahrtenbestellung ☎ +43 1 48 858

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">Familienname</th> <th style="width: 30%;">Vorname</th> <th style="width: 40%;">Versicherungsnummer</th> </tr> <tr> <td>Patient/in</td> <td></td> <td> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Tag Monat Jahr </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Anschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Tag Monat Jahr </div> </td> </tr> </table>	Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	Patient/in		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; 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-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Tag Monat Jahr </div>			<p>Die Kasse übernimmt die tarifl. Beförderungsgebühren bis zu</p> <p>_____ Hinfahrten</p> <p>_____ Rückfahrten</p> <p>Die bewilligten Fahrten sind bis</p> <p>längstens _____</p> <p>in Anspruch zu nehmen.</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Datum, Unterschrift, Stempel der kassenärztlichen Dienststelle</p>	<p>Abrechnung</p> <p>_____ Fahrten à EUR _____</p> <p>_____ Fahrten à EUR _____</p> <p style="text-align: center;">EUR _____</p> <p style="text-align: center;">10 % UST EUR _____</p> <p style="text-align: center;">Zusammen EUR _____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Datum, Unterschrift</p>
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer												
Patient/in		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; 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-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Tag Monat Jahr </div>														

Die Patientin/der Patient leidet an (Diagnose Code ICD-10) _____

und wird zur folgenden Behandlung (Begutachtung) _____

an _____

zugewiesen. Anzahl der notwendigen Behandlungen _____

Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels (Straßenbahn, Autobus) ist aus nachstehendem Grund nicht möglich:

- Die Patientin/der Patient ist
- im eigenen Rollstuhl sitzend zu befördern.
- auf Grund des barrierefreien Zuganges im Leihrollstuhl sitzend zu befördern.
- Wenn ja, bitte ankreuzen!

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

Fahrausweis für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer
Patient/in		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; 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-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; background-color: #ccc;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Tag Monat Jahr </div>		

Anzahl der bewilligten Fahrten _____

Die Bewilligung ist gültig bis _____

Ich bestätige den Erhalt des bewilligten Formblattes „Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst“

Information

Dieser Fahrausweis muss bei jeder Fahrt der Fahrerin/dem Fahrer des von Ihnen für die erste Beförderung in Anspruch genommenen Vertragsfahrtendienstes zur Bestätigung vorgelegt werden.

Nur durch die lückenlose Vorlage dieses Fahrausweises bei jeder Beförderung können Sie rechtzeitig erkennen, ob und wann Sie mit Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt die eventuelle Ausstellung eines Folgeantrages besprechen sollten.

Bitte beachten Sie, dass nur ärztlich verordnete (und bei Serienfahrten nur von der Kasse auch bewilligte) Fahrten honoriert werden können.

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift

Information

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

Hinfahrt			Rückfahrt		
	Datum	Kennzeichen oder Dienstnummer		Datum	Kennzeichen oder Dienstnummer
1			1		
2			2		
3			3		
4			4		
5			5		
6			6		
7			7		
8			8		
9			9		
10			10		
11			11		
12			12		
13			13		
14			14		
15			15		
16			16		
17			17		
18			18		
19			19		
20			20		