

## Antrag auf Zuschuss zu Fahrtkosten für Versicherte mit Rezeptgebührenbefreiung

Bitte füllen Sie die Tabelle vollständig aus.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>PATIENT/IN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  | <b>Versicherungsnummer</b>                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adresse</b> (Straße, Postleitzahl, Ort)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Versicherte/r</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  | <b>Versicherungsnummer</b>                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Bei wem fand die Behandlung statt?</b> (Name, Adresse)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Art der Behandlung bzw. Reha-Maßnahme</b> (Bitte legen Sie vorhandene Unterlagen in Kopie bei.)                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Welches Transportmittel haben sie genommen?</b><br><input type="checkbox"/> Öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi<br><input type="checkbox"/> Privater PKW                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  | <b>Tatsächliche Kosten</b><br><small>(Bitte legen Sie vorhandene Belege in Kopie bei.)</small><br><hr style="width: 100%;"/> Euro |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Begleitperson</b> <input type="checkbox"/> Ja <b>Warum wurden Sie begleitet?</b><br><input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Auf welches Bankkonto soll der Zuschuss überwiesen werden?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 500px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### VON DER EINRICHTUNG/VOM BEHANDLER AUSZUFÜLLEN

Ich bestätige die Behandlung(en) für den Patienten/die Patientin (pro Fahrt ein Stempel):

|                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Datum, Stempel und Unterschrift | Datum, Stempel und Unterschrift | Datum, Stempel und Unterschrift |
|                                 |                                 |                                 |
| Datum, Stempel und Unterschrift | Datum, Stempel und Unterschrift | Datum, Stempel und Unterschrift |
|                                 |                                 |                                 |
| Datum, Stempel und Unterschrift | Datum, Stempel und Unterschrift | Datum, Stempel und Unterschrift |
|                                 |                                 |                                 |

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind, und dass ich von der Rezeptgebühr befreit bin.

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

# Informationen zum Fahrtkosten-Zuschuss ab 1. Jänner 2024

## FÜR WEN:

- Für rezeptgebührenbefreite Personen (ausschließlich Rezeptgebührenbefreiung – NICHT Personen, die unter die Rezeptgebühren-Obergrenze fallen!) Ausnahme: Für Fahrten zur Durchführung einer Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie und ausgewählte Fahrten im Zusammenhang mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden die Kosten ohne Bedachtnahme auf die Rezeptgebührenbefreiung ersetzt.

## WELCHE FAHRTKOSTEN:

- Fahrten zum Arzt, zum Zahnarzt oder zum Therapeuten
- Fahrten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
- Fahrten in Zusammenhang mit der Anpassung von Heilbehelfen oder Hilfsmitteln (wie z.B. Hörgeräten, Gehhilfen).
- Fahrten in Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen
- Die vollständige Liste aller Arten von Fahrtkosten finden Sie hier: [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at)

## UNTER WELCHEN BEDINGUNGEN WERDEN FAHRTKOSTEN ERSETZT?

- Fahrten außerhalb des Ortsgebiets, wenn die Entfernung zwischen Wohnort und nächstgelegenen Vertragspartner über 20 Kilometer beträgt
- Es muss der nächstgelegene geeignete Vertragspartner (Kassenvertrag) aufgesucht werden
- Es werden höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt

## IN WELCHER HÖHE WERDEN FAHRTKOSTEN ERSETZT:

- Bei einer Entfernung von mehr als 20 bis zu 50 Kilometer: pauschal 7,20 Euro pro Strecke
- Mit Begleitperson bei einer Entfernung von mehr als 20 bis zu 50 Kilometer: pauschal 10,80 Euro pro Strecke
- Bei einer Entfernung von über 50 Kilometer: pro zurückgelegtem Kilometer: 0,13 Euro
- Mit Begleitperson bei einer Entfernung von über 50 Kilometer: pro zurückgelegtem Kilometer: 0,22 Euro
- Der Kostenersatz ist unabhängig vom gewählten Verkehrsmittel

## WANN WERDEN KOSTEN FÜR BEGLEITPERSONEN ERSETZT?

- Für Kinder unter 15 Jahren
- Wenn die versicherte Person aufgrund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes eine Begleitperson benötigt und dies ärztlich bestätigt wird

## MUSS ICH FÜR JEDE EINZELNE THERAPIE-EINHEIT EINEN ANTRAG AUF FAHRTKOSTENZUSCHUSS STELLEN?

- Nein
- Sollten mehrere Sitzungen notwendig sein, reicht es aus, wenn nach jeder Sitzung eines der dafür vorgesehenen Felder auf dem Antragsformular abgestempelt wurde
- Am Ende der Therapie kann der Antrag für alle absolvierten Sitzungen eingereicht werden