

Patient(in)
 Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris
 Teststraße 1
 6900 Bregenz

Versicherte(r)
 Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris

EKVK-Daten (Pers.-KNr., Träger-KNr., Ablaufdt.)
 XX
 XX

Diagnose/Begründung
 XX
 XX
 XX
 XX
 XX

Die Zuweisung an die nicht nächstgelegene geeignete Behandlungsstelle erfolgt auf Wunsch des/der Patienten(in).

Fahrtanordnung zu:
 XX
 XX

- Fahrtanordnung (öffentl. Verkehrsmittel)
- mit Begleitperson wegen _____

Datum, Stempel, VPNR und Unterschrift
 des/der anordnenden Arztes/Ärztin

Fahrtkosten werden bei Vorliegen sozialer Schutzbedürftigkeit (siehe Satzung) ersetzt, wenn die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel medizinisch zumutbar und die nächstgelegene geeignete Behandlungsstelle mehr als 40 KM vom Wohnort entfernt ist

Auf Grund der Veranlassung wurde die Patientin/der Patient von mir/uns behandelt

Behandlungs- und Wartezeit (Uhr) von: _____ bis: _____ Datum, Stempel und Unterschrift der Behandlungsstelle	Behandlungs- und Wartezeit (Uhr) von: _____ bis: _____ Datum, Stempel und Unterschrift der Behandlungsstelle	Behandlungs- und Wartezeit (Uhr) von: _____ bis: _____ Datum, Stempel und Unterschrift der Behandlungsstelle
Behandlungs- und Wartezeit (Uhr) von: _____ bis: _____ Datum, Stempel und Unterschrift der Behandlungsstelle	Behandlungs- und Wartezeit (Uhr) von: _____ bis: _____ Datum, Stempel und Unterschrift der Behandlungsstelle	Behandlungs- und Wartezeit (Uhr) von: _____ bis: _____ Datum, Stempel und Unterschrift der Behandlungsstelle

Vom/Von der Rechnungsleger(in) bzw. Fahrtkosten vom Krankenversicherungsträger auszufüllen!

Anz.	von	nach	km	Tarif €	ohne USt. €	inkl. USt. €
				SUMME:		

Bankverbindung des Versicherten

IBAN: _____
 BIC: _____

Unterschrift der/des Versicherten