

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