Österreichische Gesundheitskasse
Kostenträger: ÖGK

Ärztliche Transportanordnung

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.)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Diagnose/Begründung
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

Transportanordnung zu:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Begleitung durch sanitätsdienstlich ausgebildetes Personal und/oder Transport mittels Tragestuhl bzw. Trage ist

med. nicht notwendig, es genügt ☐ privat KFZ ☐ Taxi
med. notwendig, es braucht ☐ Rettung

med. Begründung für Transportnotwendigkeit:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

Transportkosten werden ersetzt, wenn die erkrankte Person auf Grund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes keine öffentlichen Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann. Für Transporte über die Landesgrenzen Vorarlbergs hinaus ist eine vorherige Bewilligung des Krankenversicherungsträgers notwendig.

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