

Krankentransport

BGKK

- TAXI
 PRIVAT - PKW

PATIENT
 Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

ACHTUNG: Dieser Antrag ist noch vor der
 Behandlung bei der Krankenkasse zur
 Genehmigung einzureichen.

Wohnanschrift

Überweisung an:

VERSICHERTER
 Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

**Begründung, wenn die Zu(Über)weisung nicht zum
 nächstgelegenen Vertragspartner erfolgt(e)**

- auf Wunsch der/des Patientin/en
 ist/war notwendig wegen:

Dienstgeber

Diagnose:

- Rezeptgebührenbefreiung
 Kostenanteilsbefreiung

**Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels
 ist nicht möglich wegen:**

Anzahl der notwendigen Transporte:
**Erledigung durch
 Chefarzt:**

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes

Bestätigung der behandelnden Stelle

Der/die Patient(in) wurde an folgenden Tagen behandelt/untersucht:

HINWEIS:

Wurde der Krankentransport mit einem privat PKW durchgeführt, können die Angaben über KFZ-Kennzeichen, Abholzeit und Wartezeit entfallen.

KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von Name des Fahrers: (Blockbuchstaben)	Abholzeit: bis	Datum Unterschrift/Stempel