

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	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel
KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von	Abholzeit: bis	KFZ-Kennzeichen Wartezeit: von	Abholzeit: bis
Datum	Unterschrift/Stempel	Datum	Unterschrift/Stempel