# Anweisung für Transportkosten

|  |  |
| --- | --- |
| Kostenträger: Gebührenbefreiung    Versichertenkategorie: VPNR    Patient(in):  Geburtsdatum  Versicherungsnummer  Familienname, Vorname      Anschrift:      Versicherte(r): Versicherungsnummer  (nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)      Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)    Gem. § 102 Abs. 2 ASVG ist der Anspruch auf Transportkosten bei sonstigem Verlust binnen 42 Monaten nach Inanspruchnahme der Leistung geltend zu machen.  Transportkosten werden grundsätzlich nur zur nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt oder Behandlungsstelle bzw. zum nächstgelegenen geeigneten Arzt/Facharzt nach Maßgabe der Satzung übernommen. | **Begründung** erforderlich für die Notwendigkeit des Transportes und bei  Inanspruchnahme der ***nicht nächstgelegenen*** Behandlungsstelle.  **Diagnose bzw. Therapie:**    Datum Stempel und Unterschrift des  zuweisenden Arztes  Zuweisung:   Erforderliches Transportmittel     \*\*) Bei Chemotherapie, Dialyse- und Strahlenbehandlung gegen Direktverrechnung mit Vertragspartner Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers: Anzahl der bewilligten Transporte  Einschränkung nächstgelegene geeignete Behandlungsstelle |

Der Krankenversicherungsträger übernimmt Transportkosten bzw. leistet einen Kostenrückersatz nach Maßgabe der Satzung, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass die (der) Erkrankte auf Grund ihres (seines) körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

Sind Leistungen infolge bewusst unwahrer Angaben zu Unrecht erbracht worden, werden sie gemäß § 107 ASVG zurückgefordert.

Behandelt am Behandelt am

Datum Datum

Wiederbestellt für Wiederbestellt für

Datum Unterschrift und Stempel Datum Unterschrift und Stempel

des Arztes des Arztes

Behandelt am Behandelt am

Datum Datum

Wiederbestellt für Wiederbestellt für

Datum Unterschrift und Stempel Datum Unterschrift und Stempel

des Arztes des Arztes

Behandelt am Behandelt am

Datum Datum

Wiederbestellt für Wiederbestellt für

Datum Unterschrift und Stempel Datum Unterschrift und Stempel

des Arztes des Arztes

Behandelt am Behandelt am

Datum Datum

Wiederbestellt für Wiederbestellt für

Datum Unterschrift und Stempel Datum Unterschrift und Stempel

des Arztes des Arztes

Behandelt am Behandelt am

Datum Datum

Wiederbestellt für Wiederbestellt für

Datum Unterschrift und Stempel Datum Unterschrift und Stempel

des Arztes des Arztes

Genannte(r) Patient(in) wurde begutachtet (behandelt)