

Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

19-06k-X1

Ärztliche Transportanweisung

Eine Transportanweisung **darf** nur ausgestellt werden,
wenn dem Patienten die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels
nicht zugemutet werden kann.

Familienname Vorname Versicherungsnummer

Patient

_____ Tag _____ Monat _____ Jahr

Anschrift

Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient Angehöriger ist)

_____ Tag _____ Monat _____ Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

BEWILLIGUNGSVERMERKE DER KASSE

Arbeits- unfall	Verkehrs- unfall	Schul- unfall	Häusl. Unfall	Sport-/Frei- zeitunfall	Rauf- handel
--------------------	---------------------	------------------	------------------	----------------------------	-----------------

TAG DES TRANSPORTES: _____

TRANSPORTWEG: _____

VON _____ NACH _____

VON _____ NACH _____

DIAGNOSE: _____

TRANSPORT:

liegend/Tragstuhl

sitzend

qual. KT (liegend/Tragestuhl) bedarf einer Betreuung durch einen Sanitäter

Transportkosten werden nur bis zum nächstgelegenen geeigneten
Behandlungsort übernommen. Falls der Erkrankte nicht den nächst-
gelegenen Behandlungsort in Anspruch nimmt, ist dies zu begründen.

BEGRÜNDUNG: _____

WOCHENEND- UND FEIERTAGSBEREITSCHAFTSDIENST

Die medizinische Notwendigkeit des Transportes und die Richtigkeit und
Vollständigkeit der obigen Angaben werden bestätigt.

Ausstellungstag Unterschrift und Stempel des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung (gilt für Vertragsärzte)

Zutreffendes ankreuzen

Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

19-06k-X1

Ärztliche Transportanweisung

Eine Transportanweisung **darf** nur ausgestellt werden,
wenn dem Patienten die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels
nicht zugemutet werden kann.

Familienname Vorname Versicherungsnummer

Patient

_____ Tag _____ Monat _____ Jahr

Anschrift

Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient Angehöriger ist)

_____ Tag _____ Monat _____ Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

BEWILLIGUNGSVERMERKE DER KASSE

Arbeits- unfall	Verkehrs- unfall	Schul- unfall	Häusl. Unfall	Sport-/Frei- zeitunfall	Rauf- handel
--------------------	---------------------	------------------	------------------	----------------------------	-----------------

TAG DES TRANSPORTES: _____

TRANSPORTWEG: _____

VON _____ NACH _____

VON _____ NACH _____

DIAGNOSE: _____

TRANSPORT:

liegend/Tragstuhl

sitzend

qual. KT (liegend/Tragestuhl) bedarf einer Betreuung durch einen Sanitäter

Transportkosten werden nur bis zum nächstgelegenen geeigneten
Behandlungsort übernommen. Falls der Erkrankte nicht den nächst-
gelegenen Behandlungsort in Anspruch nimmt, ist dies zu begründen.

BEGRÜNDUNG: _____

WOCHENEND- UND FEIERTAGSBEREITSCHAFTSDIENST

Die medizinische Notwendigkeit des Transportes und die Richtigkeit und
Vollständigkeit der obigen Angaben werden bestätigt.

Ausstellungstag Unterschrift und Stempel des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung (gilt für Vertragsärzte)

Zutreffendes ankreuzen