

**Einweisung mit Fahrt- bzw. Transportanordnung
nur für Hausbesuche**

Patient/in – Familien- und Vorname:

Einweisung / Überweisung / Überstellung in das / an

Versicherungsnummer:

Wohnanschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)

Versicherte/r – Familien- und Vorname:

Versicherungsnummer:

Kostenanteilbefreiung

Bekannte Allergien, Sozialanamnese (sofern relevant):

- nicht bekannt mobiler Dienst
- keine Betreuung 24-Stunden-Pflege
- Betreuung durch Angehörige, Tel.:
- Antikoaguliert

Bekannte Dauerdiagnosen:

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

Fahrt mit

- öffentlichem Verkehrsmittel
- und Begleitperson wegen
- Eine Fahrt ist mit einem öffentlichen Verkehrsmittel – auch mit Begleitperson – aus medizinischen Gründen nicht möglich, weil**

.....
medizinische Begründung

Ist während des Transports eine medizinische Betreuung der Patientin/des Patienten notwendig?

- NEIN, Transport ohne Sanitäter
- JA, Transport mit Sanitäter

Ist die gewählte Behandlungsstelle die nächstgelegene geeignete Behandlungsstelle?

- JA
- NEIN, auf Wunsch der/des Patientin/Patienten
- NEIN, wegen

Diagnosen:

Aktuelle Fragestellung, Einweisungsgrund, Beschwerdebeginn

Behandlungsbeginn:

Aktuelle / Akutmedikation:

Bekannte Dauermedikamente:

Stellungnahme der Chefärztin/des Chefarztes

Ja Nein

Die Verordnung wird geändert auf:

Patienteninfo:

Der Ersatz von Reise(Fahrt)- bzw. Transportkosten richtet sich nach den Bestimmungen der Satzung der OÖGKK.

Wichtiger Hinweis:

Bei Transporten ohne Sanitäter ist vor dem ersten Transport die Chefarztbewilligung einzuholen.

Ausnahme: Die Chefarztbewilligung ist nicht erforderlich, wenn Ihr Arzt zusätzlich zur medizinischen Begründung im selben Feld „TR“ vermerkt.

.....
Datum, Stempel und Unterschrift der Chefärztin/des Chefarztes

**Einweisung mit Fahrt- bzw. Transportanordnung
nur für Hausbesuche**

Patient/in – Familien- und Vorname:

Versicherungsnummer:

Wohnanschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)

Versicherte/r – Familien- und Vorname:

Versicherungsnummer:

Kostenanteilbefreiung

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

Fahrt mit

öffentlichem Verkehrsmittel

und Begleitperson wegen

Eine Fahrt ist mit einem öffentlichen Verkehrsmittel – auch mit Begleitperson – aus medizinischen Gründen nicht möglich, weil

.....
medizinische Begründung

Ist während des Transports eine medizinische Betreuung der Patientin/des Patienten notwendig?

NEIN, Transport ohne Sanitäter

JA, Transport mit Sanitäter

Ist die gewählte Behandlungsstelle die nächstgelegene geeignete Behandlungsstelle?

JA

NEIN, auf Wunsch der/des Patientin/Patienten

NEIN, wegen

Stellungnahme der Chefärztin/des Chefarztes

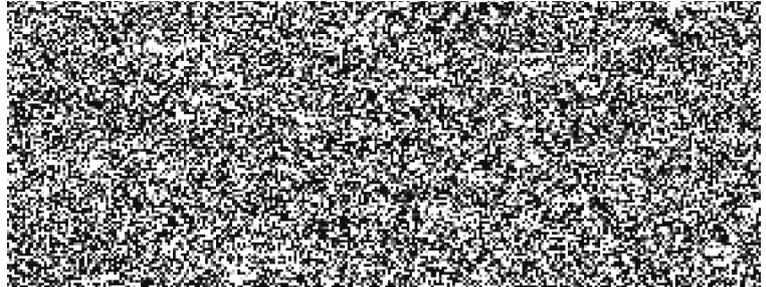
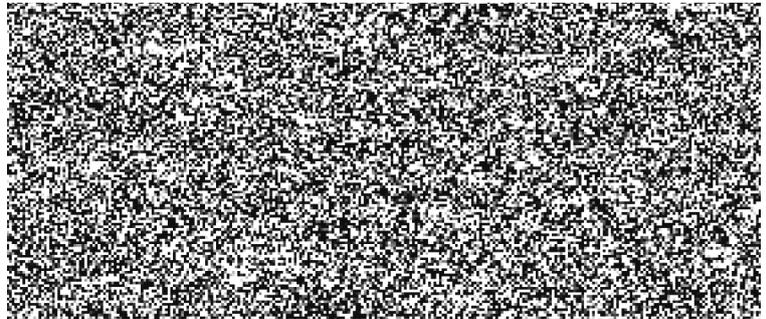
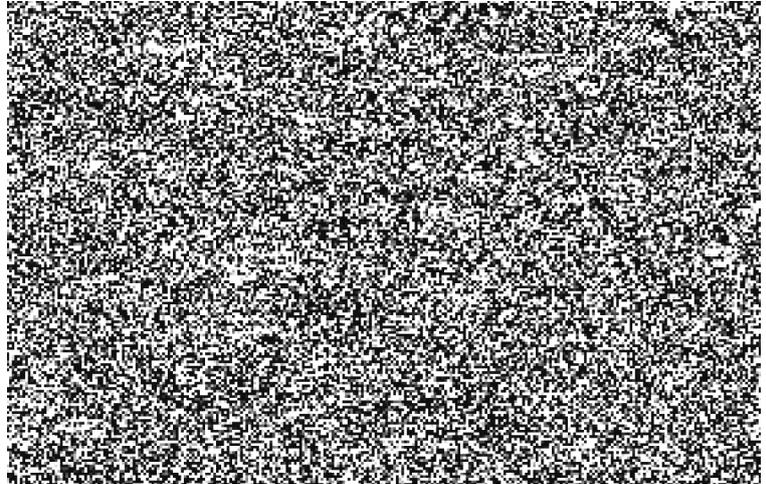
Ja

Nein

Die Verordnung wird geändert auf:

.....
.....
Datum, Stempel und Unterschrift der Chefärztin/des Chefarztes

Einweisung / Überweisung / Überstellung in das / an



Rechnungsbetrag für:

km €

Pauschale €

% MwSt €

Taxameter (inkl. MwSt) €

Selbstbehalt €

.....
Datum

.....
Firmenstempel, Unterschrift Empfängerin/Empfänger