



KRANKENFÜRSORGEANSTALT DER BEDIENTETEN DER STADT WIEN
 1081 WIEN • SCHLESINGERPLATZ 5 • POSTFACH 0054
 TELEFON +43 1 404 36 – 46972
 FAX +43 1 404 36 99 – 46972

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

Antrag auf Kostenübernahme für die Beförderung durch einen Vertragsfahrtendienst

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Familien- oder Nachname/n</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname/n</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Patient/in</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> Tag Monat Jahr </td> </tr> </table>	Familien- oder Nachname/n	Vorname/n	Versicherungsnummer	Patient/in		<div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>			Tag Monat Jahr	<p>Die Kasse übernimmt die tarifl. Beförderungsgebühren bis zu</p> <p>_____ Hinfahrten</p> <p>_____ Rückfahrten</p> <p>Die bewilligten Fahrten sind bis</p> <p>längstens _____</p> <p>in Anspruch zu nehmen.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum, Unterschrift, Stempel der kassenärztlichen Dienststelle</p>	<p>Abrechnung</p> <p>___ Fahrten à EUR _____</p> <p>___ Fahrten à EUR _____</p> <p style="text-align: center;">EUR _____</p> <p>10 % UST EUR _____</p> <p>Zusammen EUR _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum, Unterschrift</p>
Familien- oder Nachname/n	Vorname/n	Versicherungsnummer									
Patient/in		<div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>									
		Tag Monat Jahr									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Anschrift</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> </table>	Anschrift										
Anschrift											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> Tag Monat Jahr </td> </tr> </table>	Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)			<div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>		Tag Monat Jahr					
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)											
	<div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>										
	Tag Monat Jahr										

Die Patientin/der Patient leidet an (Diagnose Code ICD-10) _____

und wird zur folgenden Behandlung (Begutachtung) _____

an _____

zugewiesen. Anzahl der notwendigen Behandlungen _____.

Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels (Straßenbahn, Autobus) ist aus nachstehendem Grund nicht möglich:

- Die Patientin/der Patient ist
- im eigenen Rollstuhl sitzend zu befördern.
 - auf Grund des barrierefreien Zuganges im Leihrollstuhl sitzend zu befördern.
- Wenn ja, bitte ankreuzen!

Datum, Unterschrift, Stempel der/des beantragenden Ärztin/Arztes

WICHTIGER HINWEIS

Von Bedeutung: Die KFA übernimmt unter anderem keine Kosten für Transporte oder Fahrten von und zu:

- Behandlungsstellen, für welche die KFA-Wien die auflaufenden Behandlungskosten nicht trägt
- einer Blutbank zur Eigenblutvorsorge
- einer Gesundheitseinrichtung der Magistratsabteilung 15
- einer Begutachtungsstelle anlässlich der Vorladung des Pensionsversicherungsträgers
- unserer KFA-Zentrale 1080 Wien, Schlesingerplatz 5 zwecks Einholung einer Bewilligung oder anlässlich der Vorladung zum kontrollärztlichen Dienst
- anlässlich des Stillens eines in Anstaltspflege befindlichen Säuglings
- während einer stationären Anstaltspflege (z.B. Besuchsfahrten)
- einem Allgemeinmediziner/einer Allgemeinmedizinerin außer es handelt sich um eine im Antrag bestätigte Infusionstherapie