

Chefärztlicher Dienst

ANSUCHEN UM DOMIZILWECHSEL

1. Teil: Angaben der Patientin/des Patienten

Name			
VSNR		Tel.Nr.	

gewünschter Aufenthaltsort (genaue Adresse angeben)	
Aufenthaltsdauer (von – bis)	
Reisemittel (zB.: Auto, Zug, Flugzeug etc.)	

2. Teil: Angaben der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Diagnose	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	
voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit	

Folgend bitte Zutreffendes ankreuzen	ja	nein
Verlängerung der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit durch den Domizilwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterbrechung einer laufenden Therapie durch den Domizilwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Betreuung am Aufenthaltsort notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich Domizilwechsel negativ auf den Heilungsverlauf auswirken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird der geplante Domizilwechsel medizinisch befürwortet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angabe der weiteren geplanten Therapiemaßnahmen	
--------------------------------------------------------	--

Anmerkungen:

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Rückseite beachten!

3. Teil: Von der Chefärztin /dem Chefarzt der KFA auszufüllen:

Domizilwechsel bewilligt	<input type="checkbox"/>
Domizilwechsel abgelehnt	<input type="checkbox"/> Grund:

Arbeitsfähig	<input type="checkbox"/>	per	
---------------------	--------------------------	------------	--

weiter arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/>	Wiederbestellt am	
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Anmerkungen:

4. Teil: Von der/dem Versicherten zu unterfertigen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Zuwiderhandeln gegen die mir bekanntgegebene Entscheidung die Einstellung der Entgeltzahlung durch den Dienstgeber oder der Krankengeldzahlung durch die KFA zur Folge haben kann.

Datum

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten