



Ärztliche Bestätigung medizinisch notwendiger Fahrten

Dieses Formular dient der Krankenversicherung zur Leistungsprüfung. Damit eine Fahrt zu einem zugelassenen Leistungserbringer nach KVG (z.B. Arzt, Spital, Physiotherapie) übernommen wird, müssen die Voraussetzungen nach Art. 26 KLV erfüllt sein, d.h. die Fahrt muss medizinisch indiziert sein und der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin darf den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulassen. Dieses Formular dient der Bestätigung durch die/den behandelnden Ärztin/Arzt.

Angaben zur versicherten Person

Nachname Vorname

Geburtsdatum Krankenversicherung

Versichertennummer

Diagnose

medizinische Indikation für den Transport

- Einmalige Hin- und Rückfahrt: Datum der Fahrt
- Fortlaufende Transporte: voraussichtlich von bis

Stempel und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes:

Ort, Datum

Die/der unterzeichnende Ärztin/Arzt bestätigt, dass der Transport der obgenannten Patientin bzw. des obgenannten Patienten medizinisch indiziert ist. Die/der unterzeichnende Ärztin/Arzt bestätigt ebenfalls, dass der Gesundheitszustand des Patienten bzw. der Patientin keinen Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel als mit dem Fahrdienst des Roten Kreuzes zulässt.