

Antrag auf Zuschuss zu Fahrtkosten für Versicherte mit Rezeptgebührenbefreiung

Bitte füllen Sie die Tabelle vollständig aus.

PATIENT/IN	Versicherungsnummer																			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																			
Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort)																				
Versicherte/r	Versicherungsnummer																			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																			
Bei wem fand die Behandlung statt? (Name, Adresse)																				
Art der Behandlung bzw. Reha-Maßnahme (Bitte legen Sie vorhandene Unterlagen in Kopie bei.)																				
Welches Transportmittel haben sie genommen? <input type="checkbox"/> Öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Privater PKW	Tatsächliche Kosten (Bitte legen Sie vorhandene Belege in Kopie bei.) _____ Euro																			
Begleitperson <input type="checkbox"/> Ja Warum wurden Sie begleitet? <input type="checkbox"/> Nein																				
Auf welches Bankkonto soll der Zuschuss überwiesen werden?																				
IBAN: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table>																				

VON DER EINRICHTUNG/VOM BEHANDLER AUSZUFÜLLEN

Ich bestätige die Behandlung(en) für den Patienten/die Patientin (pro Fahrt ein Stempel):

Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift
Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift
Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift	Datum, Stempel und Unterschrift

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind, und dass ich von der Rezeptgebühr befreit bin.

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Informationen zum Fahrtkosten-Zuschuss ab 1. Jänner 2024

FÜR WEN:

- Für rezeptgebührenbefreite Personen (ausschließlich Rezeptgebührenbefreiung – NICHT Personen, die unter die Rezeptgebühren-Obergrenze fallen!) Ausnahme: Für Fahrten zur Durchführung einer Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie und ausgewählte Fahrten im Zusammenhang mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden die Kosten ohne Bedachtnahme auf die Rezeptgebührenbefreiung ersetzt.

WELCHE FAHRTKOSTEN:

- Fahrten zum Arzt, zum Zahnarzt oder zum Therapeuten
- Fahrten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
- Fahrten in Zusammenhang mit der Anpassung von Heilbehelfen oder Hilfsmitteln (wie z.B. Hörgeräten, Gehhilfen).
- Fahrten in Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen
- Die vollständige Liste aller Arten von Fahrtkosten finden Sie hier: www.gesundheitskasse.at

UNTER WELCHEN BEDINGUNGEN WERDEN FAHRTKOSTEN ERSETZT?

- Fahrten außerhalb des Ortsgebiets, wenn die Entfernung zwischen Wohnort und nächstgelegenen Vertragspartner über 20 Kilometer beträgt
- Es muss der nächstgelegene geeignete Vertragspartner (Kassenvertrag) aufgesucht werden
- Es werden höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt

IN WELCHER HÖHE WERDEN FAHRTKOSTEN ERSETZT:

- Bei einer Entfernung von mehr als 20 bis zu 50 Kilometer: pauschal 7,20 Euro pro Strecke
- Mit Begleitperson bei einer Entfernung von mehr als 20 bis zu 50 Kilometer: pauschal 10,80 Euro pro Strecke
- Bei einer Entfernung von über 50 Kilometer: pro zurückgelegtem Kilometer: 0,13 Euro
- Mit Begleitperson bei einer Entfernung von über 50 Kilometer: pro zurückgelegtem Kilometer: 0,22 Euro
- Der Kostenersatz ist unabhängig vom gewählten Verkehrsmittel

WANN WERDEN KOSTEN FÜR BEGLEITPERSONEN ERSETZT?

- Für Kinder unter 15 Jahren
- Wenn die versicherte Person aufgrund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes eine Begleitperson benötigt und dies ärztlich bestätigt wird

MUSS ICH FÜR JEDE EINZELNE THERAPIE-EINHEIT EINEN ANTRAG AUF FAHRTKOSTENZUSCHUSS STELLEN?

- Nein
- Sollten mehrere Sitzungen notwendig sein, reicht es aus, wenn nach jeder Sitzung eines der dafür vorgesehenen Felder auf dem Antragsformular abgestempelt wurde
- Am Ende der Therapie kann der Antrag für alle absolvierten Sitzungen eingereicht werden