

Anrede
Name
Fachrichtung
Straße
PLZ, Ort

RS Nr. 1481/2015
VP-II
August 2015

Neue Formulare für „Fahrt- bzw. Transportanordnungen“

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor!

Auf vielfachen im „Nahtstellenmanagement“ geäußerten Wunsch der Ärzteschaft haben wir speziell für Hausbesuche ein **Einweisungsf formular zur Anstalts pflege im Durchschreibeverfahren mit dem Transportschein** konzipiert. Auf dem Formular besteht die Möglichkeit, wichtige zusätzliche Informationen wie zB „Bekannte Allergien, Sozialanamnese“, „Bekannte Dauerdiagnosen“, „Aktuelle / Akutmedikation“ usw., zu vermerken. Diese wichtigen, medizinischen, personenbezogenen Informationen sind für das aufnehmende Krankenhaus auf der Einweisung, nicht aber für den Transporteur auf dem Transportschein ersichtlich.



Ärztliche Fahrt- bzw. Transportanordnung

Ebenso wurde das Formular „Ärztliche Fahrt- bzw. Transportanordnung“ neu gestaltet. Wichtige und relevante Informationen zum Transport sind in einem sogenannten Pflichtfeld – erkennbar durch die Rahmeneinfassung – zusammengeführt und das Feld „Diagnose“ wurde ersatzlos gestrichen. Bitte beachten Sie, dass nur dann Transporte von der OÖ Gebietskrankenkasse bezahlt werden, wenn das Pflichtfeld vollständig ausgefüllt ist.

Das Feld „Diagnose“ haben wir auf Anregung vieler Ärzte im Zusammenhang mit der Thematik Datenschutz entfernt. Um auch weiterhin die Notwendigkeit eines Transportes beurteilen und nachvollziehen zu können, ist es unbedingt erforderlich, die „medizinischen Begründung“ für den Transport entsprechend zu vermerken.

Kostenanteilbefreiung versus Rezeptgebührenbefreiung

Die frühere Bezeichnung „Rezeptgebührenbefreiung“ auf dem Transportschein, wurde durch die korrekte Bezeichnung: „Kostenanteilbefreiung“ ersetzt. Wichtig ist, dass Sie nur dann dieses Feld anzukreuzen, wenn tatsächlich eine „Kostenanteilbefreiung“ vorliegt, was in Ihrem EDV-System ersichtlich sein sollte. Bei Unklarheiten dazu wenden Sie sich bitte direkt an Ihren IT-Dienstleister der verifizieren kann, ob die Darstellung korrekt ist. Die Unterscheidung „Kosten-

Ergeht an alle Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen ausgenommen ZAMUKI

Ein Schreiben der Ärztekammer für Oberösterreich und der O.Ö. § 2 Krankenversicherungsträger

anteilbefreiung“ und „Rezeptgebührenbefreiung“ ist wichtig, weil nicht jede „Rezeptgebührenbefreiung“ gleichzeitig eine „Kostenanteilbefreiung“ bewirkt. D. h. Personen die lediglich eine „Rezeptgebührenbefreiung“ haben müssen einen Kostenanteil bezahlen.

Übrigens haben wir die IT-Dienstleister zur Integration in die Ordinationssoftware bereits über die neuen Transportscheine (ausgenommen Durchschreibeformulare) informiert.

Sie können die Formulare „Einweisung mit Transportschein für Hausbesuche“ und/oder „Ärztliche Fahrt- bzw. Transportanordnung“ auch bei der OÖGKK per Mail bei werner.schiesser@ooegkk.at anfordern. Die neuen Formulare können sofort verwendet werden. Restbestände sind noch bis Jahresende 2015 gültig.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Ärztelammer OÖ

Mag. Christoph Voglmair, voglmair@aekoee.at, Tel. 0732/778371-291

OÖGKK

Thomas Bayer, thomas.bayer@ooegkk.at, Tel. 057807-105004

Freundliche Grüße

OÖ Gebietskrankenkasse

Mag. Franz Kiesel, MPM
Ressortdirektor

Ärztelammer für Oberösterreich

MR Dr. Wolfgang Ziegler
Kurienobmann-Stv.
niedergelassene Ärzte

OMR Dr. Thomas Fiedler
Kurienobmann
niedergelassene Ärzte

Dr. Peter Niedermoser
Präsident

PS: Wir arbeiten derzeit intensiv an einer ausführlichen Informationskampagne zum Thema Transporte. Dabei werden wir eine Ausfüllhilfe zum „neuen Transportschein“ und wichtige Informationen zum Thema Transporte kompakt und übersichtlich aufbereiten.

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

Patient/in – Familien- und Vorname, Versicherungsnummer:

Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße): Einweisung an:

Versicherte/r – Familien- und Vorname, Versicherungsnummer:

Kostenanteilbefreiung

Datum, Stempel und Unterschrift der einweisenden Ärztin/des einweisenden Arztes

Bekannte Allergien, Sozialanamnese (sofern relevant):

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

Bekannte Dauerdiagnosen:

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 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

Die Verordnung wird geändert auf:

.....

Datum, Stempel und Unterschrift der Chefärztin/des Chefarztes

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.

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

Patient/in – Familien- und Vorname, Versicherungsnummer:

Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße):

Einweisung an:

Versicherte/r – Familien- und Vorname, Versicherungsnummer:

Kostenanteilbefreiung

Datum, Stempel und Unterschrift der einweisenden Ärztin/des einweisenden 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 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

Bestätigung der behandelnden/begutachtenden Stelle:

am _____ Datum _____ Unterschrift und Stempel _____

Rechnungsbetrag für:

km € _____

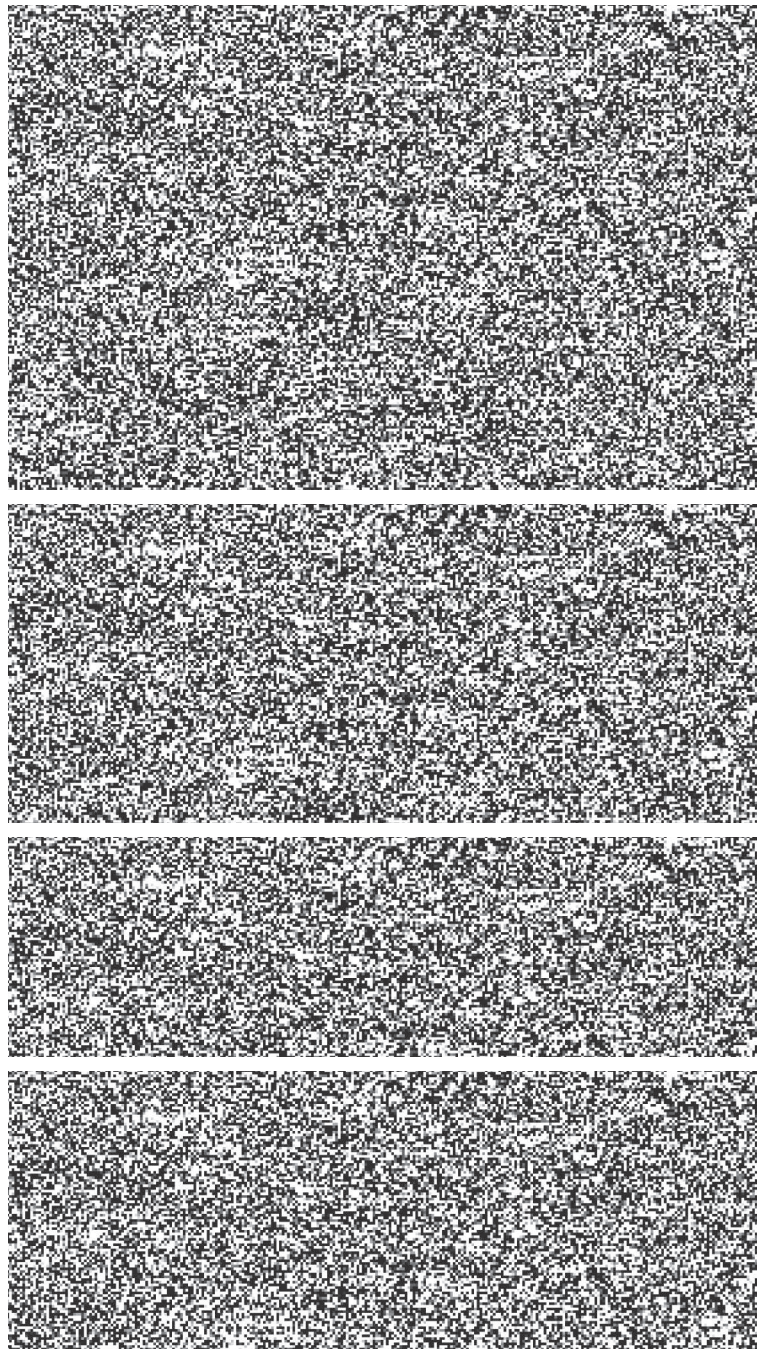
Pauschale € _____

% MwSt € _____

Taxameter (inkl. MwSt) € _____

Selbstbehalt € _____

Datum _____ Firmenstempel, Unterschrift Empfängerin/Empfänger _____



Ärztliche Fahrt- bzw. Transportanordnung

Schein für Reise(Fahrt)- und Transportkosten

Patient/in – Familien- und Vorname:

Einweisung / Überweisung / Überstellung in das / an

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 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:

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.

Bestätigung der behandelnden / begutachtenden Stelle:

Die/der Patient/in wurde an folgenden Tagen behandelt/untersucht:

am Datum Unterschrift und Stempel

am Datum Unterschrift und Stempel

am Datum Unterschrift und Stempel

am Datum Unterschrift und Stempel

Rechnungsbetrag für

km €

Pauschale €

% MwSt €

Taxameter (inkl. MwSt) €

Selbstbehalt €

Datum

Firmenstempel, Unterschrift Empfängerin/Empfänger

Datum, Stempel und Unterschrift der Chefärztin/des Chefarztes