

Chefärztlicher Dienst

ANSUCHEN UM ORTSWECHSEL

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.)	
Grund des Ortswechsels	

2. Teil: Angaben der behandelnden Fachärzt*in

Diagnose	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	
voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit	

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

Angabe der weiteren geplanten Therapiemaßnahmen	
--	--

Anmerkungen:	
---------------------	--

Datum

Stempel und Unterschrift der Fachärzt*in

Rückseite beachten!

3. Teil: Von der Chefärzt*in auszufüllen:

Ortswechsel bewilligt	<input type="checkbox"/>
Ortswechsel 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