

## ANTRAG auf KOSTENERSTATTUNG

VAEB-Hauptstelle Wien,  
Kostenrückerstattung  
Telefon: 050 2350-32600  
Fax: 050 2350-72600  
eMail: [ke-antrag@vaeb.at](mailto:ke-antrag@vaeb.at)

SVNR bzw. KV-Nummer: .....

AntragstellerIn: .....

Hauptversicherte/r: ..... geb.: .....

Patient/in: ..... geb.: .....

wohnhaft: ..... Postleitzahl: .....

Telefon tagsüber: ..... E-Mail: .....

Bankverbindung: IBAN: ..... BIC: .....

KontoinhaberIn (lautend auf): .....

Dienststelle/Betrieb: ..... Tel. bzw. Basa: .....

**Das Einreichen derselben Honorarnote(n) bei mehreren Trägern der sozialen Krankenversicherung ist unzulässig. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die beantragten Leistungen bei keinem anderen Sozialversicherungsträger geltend gemacht werden.**

....., am .....  
Ort Datum Unterschrift des Antragstellers

**Für folgende Leistungen ist unbedingt eine vorherige Bewilligung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau einzuholen:**

Logopädische Behandlungen und Ergotherapie (ab der 2. Behandlung), Physiotherapie ab der 22. Anwendung jedenfalls ab der 8. Sitzung - Hausbesuche bereits ab der 1. Behandlung; Psychotherapie ab der 11. Sitzung; geplante Behandlungen im Ausland (gilt auch für den EU-Raum); kosmetische Behandlungen, Sterilisationen, Schwangerschaftsunterbrechungen, Geschlechtsumwandlungen, Help-Therapie, operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Flugtransporte; Transporte bei Serien-Behandlungen ab dem 5. Transport.

Fahrtspesen werden nur bis zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle satzungsmäßig vergütet, wenn die kürzeste einfache Strecke 20 km übersteigt.

### ACHTUNG!

**Für bewilligungspflichtige Leistungen wird nur Kostenersatz bei Vorliegen der Bewilligung geleistet.** Nachträgliche Bewilligungen werden nur in besonderen Ausnahmefällen (ausführliche medizinische Begründung notwendig) erteilt.



Umseitig bezeichneter Patient wurde behandelt bzw. begutachtet

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

**ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG**

**Fahrten mit Privat-KFZ, Taxi oder Krankenwagen werden nur für gehunfähig Erkrankte und bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Begründung (ärztlicher Transportauftrag) bis zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle vergütet.**

Transport mit       Privat-KFZ                       Taxi                       Krankenwagen

ist notwendig wegen (Begründung der Gehunfähigkeit): .....

Zuweisung an: .....

.....  
Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes