

**Chefärztlicher Dienst**

## ANSUCHEN UM DOMIZILWECHSEL

### 1. Teil: Angaben der Patientin/des Patienten

<b>Name</b>			
<b>VSNR</b>		<b>Tel.Nr.</b>	

<b>gewünschter Aufenthaltsort</b> (genaue Adresse angeben)	
<b>Aufenthaltsdauer</b> (von – bis)	
<b>Reisemittel</b> (zB.: Auto, Zug, Flugzeug etc.)	

### 2. Teil: Angaben der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

<b>Diagnose</b>	
<b>Beginn der Arbeitsunfähigkeit</b>	
<b>voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit</b>	

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

<b>Angabe der weiteren geplanten Therapiemaßnahmen</b>	
--	--

<b>Anmerkungen:</b>
---------------------

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Rückseite beachten!**

**3. Teil: Von der Vertrauensärztin/dem Vertrauensarzt auszufüllen:**

<b>Domizilwechsel bewilligt</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Domizilwechsel abgelehnt</b>	<input type="checkbox"/> <b>Grund:</b>

<b>Arbeitsfähig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>per</b>	
---------------------	--------------------------	------------	--

<b>weiter arbeitsunfähig</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Wiederbestellt am</b>	
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

<b>Anmerkungen:</b>
---------------------

**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