|  |  |
| --- | --- |
| {firmenName} – {firmenStrasse} – {firmenPLZ} {firmenStadt}{kostenTraegerName}**Fax** {kostenTraegerFax} | {firmenStadt}, den {rechnungsDatum} |

{#Fahrten}

**Genehmigung für KTW Fahrt am {datum}**

**Versicherten Nr. {patientVersichertenNr}**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihre(n) Versicherte(n),

**Herr/Frau {patientNachname}, {patientVorname}, \*{patientGeburtstag},**

bitten wir um Genehmigung der Transportkosten entsprechend vertragsärztlicher Verordnung.

|  |  |
| --- | --- |
| **Transport von:**{startInstitution}{startStrasse}{startPLZ} {startStadt} | **Transport nach:**{zielInstitution}{zielStrasse}{zielPLZ} {zielStadt} |

und wieder zurück.

{/Fahrten}

**Antwort per Fax bitte an:**

{firmenFax}

Mit freundlichen Grüßen

{benutzerName}