

## Aufstellung der Ausgaben | Elenco delle spese

Daten zum/zur Antragsteller/-in | Dati del/della richiedente:

Nachname und Vorname | cognome e nome

Steuernummer | codice fiscale

### Kostenrückvergütungen für (wählen):

- Organ- und/oder Gewebetransplantation:
  - bei Voruntersuchungen, Typisierungen zur Bestimmung der Histokompatibilität und anderen klinische Untersuchungen und Studien;
  - in der prä- und postoperativen Phase;
  - während des Krankenhausaufenthaltes, nur für die Begleitperson, wenn vorgesehen;
  - bei Kontrollen nach der durchgeführten Operation;
- Rehabilitationstherapien, im Falle von Paraplegie oder Tetraplegie.
- Bestattungskosten (Entnahme von Organen und/oder Geweben).

### Ausgaben für die Fahrt

Im Falle von Organ- und/oder Gewebetransplantationen und Rehabilitationstherapien für Personen mit Paraplegie und Tetraplegie, nach den geltenden Richtlinien.

### Rimborso spese per (scegliere):

- Trapianto di organi e/o tessuti:
  - in caso di esami preliminari, tipizzazione di istocompatibilità, e altri esami clinici o indagini;
  - nel periodo preoperatorio e postoperatorio;
  - durante il periodo di degenza, limitatamente alla persona accompagnatrice, se prevista;
  - in caso di controlli successivi all'intervento.
- Terapie riabilitative, nel caso di pazienti affetti da paraplegia o tetraplegia.
- Spese funerarie (donazione di organi e/o tessuti).

### Spese di viaggio

Sostenute nel caso di trapianto di organi e/o tessuti e terapie riabilitative da persone affette da paraplegia o tetraplegia, secondo i criteri.

| Nr. n. | Ausgaben getragen von<br>- Patient/in<br>- Begleitperson<br>- beide<br><br>Spese sostenute da<br>- paziente<br>- persona accompagnatrice<br>- entrambi | Leistung<br>- Voruntersuchungen<br>- Prä- oder postoperativen Phase<br>- Während des Krankenhausaufenthaltes<br>- Bei Kontrollen nach der durchgeführten Operation<br>- Rehabilitationstherapien im Falle von Paraplegie oder Tetraplegie<br><br>Prestazione<br>- Esami e indagini preliminari<br>- Periodo pre- o postoperatorio<br>- Periodo di degenza<br>- Visite di controllo<br>- Riabilitazione persone affette da tetraplegia o paraplegia | Abfahrtsort<br><br>Località di partenza | Bestimmungsort<br><br>Località di arrivo | Abfahrtsdatum<br>(Tag/Monat/Jahr)<br><br>Data di partenza<br>(giorno/mese/anno) | Rückkehrdatum<br>(Tag/Monat/Jahr)<br><br>Data di ritorno<br>(giorno/mese/anno) | Öffentliche Verkehrsmittel<br><br>Mezzi pubblici                                  |                | Privates Fahrzeug<br><br>Mezzo privato                                       |  |
|--------|--|--|---|--|---|--|---|----------------|--|--|
|        |  |  |   |  |   |  | Art des Verkehrsmittels<br>(Bus, Zug,...)<br><br>Tipo di mezzo<br>(treno, bus...) | Betrag Importo | Kilometerzahl<br>(Hin- + Rückfahrt)<br><br>Km percorsi<br>(andata + ritorno) | Autobahn-maut<br><br>Spese di pedaggio |
| 1      |  |  |   |  |   |  |   |                |  |  |
| 2      |  |  |   |  |   |  |   |                |  |  |
| 3      |  |  |   |  |   |  |   |                |  |  |
| 4      |  |  |   |  |   |  |   |                |  |  |

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Ausgaben für die Unterkunft

Im Falle von Organ- und/oder Gewebetransplantationen und Rehabilitationstherapien für Personen mit Paraplegie und Tetraplegie, nach den geltenden Richtlinien.

### Spese di alloggio

Sostenute nel caso di trapianto di organi e/o tessuti e terapie riabilitative da persone affette da paraplegia o tetraplegia, secondo i criteri.

| Nr. n. | Ausgaben getragen von<br>- Patient/in<br>- Begleitperson<br>- beide<br><br>Spese sostenute da<br>- paziente<br>- persona accompagnatrice<br>- entrambi | Leistung:<br><br>Prestazione | Abfahrtsdatum<br>(Tag/Monat/Jahr)<br><br>Data di partenza<br>(giorno/mese/anno) | Rückkehrdatum<br>(Tag/Monat/Jahr)<br><br>Data di ritorno<br>(giorno/mese/anno) | Gesamtausgabe<br>(max. 130 € pro Person pro Nacht, inklusive Frühstück)<br><br>Spesa complessiva<br>(max. 130 € a persona a notte, colazione inclusa) |
|--------|--|------------------------------|---|--|---|
| 1      |  |                              |   |  |   |
| 2      |  |                              |   |  |   |
| 3      |  |                              |   |  |   |
| 4      |  |                              |   |  |   |
| 5      |  |                              |   |  |   |
| 6      |  |                              |   |  |   |
| 7      |  |                              |   |  |   |
| 8      |  |                              |   |  |   |
| 9      |  |                              |   |  |   |
| 10     |  |                              |   |  |   |

.....  
**Bozen** | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it  
**Meran** | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it  
**Brixen** | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813640 | sprengel.brixen@sabes.it  
**Bruneck** | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it  
<http://www.sabes.it>  
Firmenbezeichnung: Südtiroler Sanitätsbetrieb  
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....  
**Bolzano** | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it  
**Merano** | Via Roma, 3 | tel. 0473 496706 | distretto.merano@sabes.it  
**Bressanone** | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813640 | distretto.bressanone@sabes.it  
**Brunico** | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it  
<http://www.asdaa.it>  
Ragione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

## Ausgaben für die Verpflegung

Im Falle von Organ- und/oder Gewebetransplantationen und Rehabilitationstherapien für Personen mit Paraplegie und Tetraplegie, nach den geltenden Richtlinien.

## Spese per vitto

Sostenute nel caso di trapianti di organi e/o tessuti e terapie riabilitative da persone affette da paraplegia o tetraplegia, secondo i criteri.

| Nr.<br>n. | Ausgaben getragen von<br>- Patient/in<br>- Begleitperson<br>- beide<br><br>Spese sostenute da<br>- paziente<br>- persona accompagnatrice<br>- entrambi | Leistung:<br><br>Prestazione | Datum<br>(Tag/Monat/Jahr)<br><br>Data<br>(giorno/mese/<br>anno) | Beitrag<br>Mittagessen<br>(max. 25 €<br>pro Person)<br><br>Importo<br>pranzo<br>(max. 25 €<br>a persona) | Beitrag Abendessen<br>(max. 25 €<br>pro Person)<br><br>Importo<br>cena<br>(max. 25 €<br>a persona) |
|-----------|--|------------------------------|---|--|--|
| 1         |  |                              |   |  |  |
| 2         |  |                              |   |  |  |
| 3         |  |                              |   |  |  |
| 4         |  |                              |   |  |  |
| 5         |  |                              |   |  |  |
| 6         |  |                              |   |  |  |
| 7         |  |                              |   |  |  |
| 8         |  |                              |   |  |  |
| 9         |  |                              |   |  |  |
| 10        |  |                              |   |  |  |

.....  
**Bozen** | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it  
**Meran** | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it  
**Brixen** | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813640 | sprengel.brixen@sabes.it  
**Bruneck** | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it  
<http://www.sabes.it>  
 Firmenbezeichnung: Südtiroler Sanitätsbetrieb  
 St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....  
**Bolzano** | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it  
**Merano** | Via Roma, 3 | tel. 0473 496706 | distretto.merano@sabes.it  
**Bressanone** | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813640 | distretto.bressanone@sabes.it  
**Brunico** | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it  
<http://www.asdaa.it>  
 Ragione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
 Cod. fisc./P. IVA 00773750211

## Bestattungskosten

Für die Erben und Erbinnen von Organ- und/oder Gewebespendenden, wenn die Entnahme in einer Einrichtung des Südtiroler Sanitätsbetriebs durchgeführt wurde (Erklärung der Einrichtung beifügen).

## Spese funerarie

Per donatrici e donatori di organi e/o tessuti, purché l'espianto sia avvenuto presso una struttura dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (allegare la dichiarazione della struttura).

| <b>Nr.<br/>n.</b> | <b>Beschreibung der Ausgabe</b><br><b>Descrizione spesa</b>  | <b>Maximaler Erstattungsbetrag</b><br><b>Importo massimo rimborsabile</b>  | <b>Ausgebener Betrag</b><br>(Achtung: fügen Sie eine detaillierte Rechnung mit den einzelnen Kosten bei)<br><b>Importo speso</b><br>(allegare la fattura in originale dettagliata con le singole voci) |
|-------------------|--|--|--|
| 1                 | Ausgaben für die Überführung des Leichnams bis zum Einäscherungs- und/oder Bestattungsort, auch außerhalb der Provinz Bozen.<br><i>Spese di trasporto della salma fino al luogo di cremazione e/o sepoltura, anche fuori provincia</i> | 3.000,00 €   |  |
| 2                 | Ausgaben für den Kauf des Sarges samt Zubehör und der Urne im Falle einer Einäscherung<br><i>Spese per l'acquisto della cassa funebre con relativi accessori e dell'urna cineraria, in caso di cremazione</i>                          | 1.500,00 €   |  |
| 3                 | Ausgaben für die Verwaltungsformalitäten für die Bestattung und der Einäscherung<br><i>Spese per le pratiche amministrative cimiteriali e di cremazione</i>  | 500,00 €   |  |
| 4                 | Ausgaben für die Einäscherung des Leichnams<br><i>Spese per la cremazione della salma</i>  | Bis zu dem Betrag, der von der Gemeinde, in der sich die Einäscherungsanlage befindet, bestimmt wird<br><i>Importo massimo stabilito dal Comune ove ha sede l'impianto di cremazione</i> |  |

Ort und Datum | Luogo e data

leserliche Unterschrift | firma leggibile  
des/der Antragstellers/-in | del/della richiedente

.....  
**Bozen** | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it  
**Meran** | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it  
**Brixen** | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813640 | sprengel.brixen@sabes.it  
**Bruneck** | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it  
<http://www.sabes.it>  
Firmenbezeichnung: Südtiroler Sanitätsbetrieb  
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....  
**Bolzano** | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it  
**Merano** | Via Roma, 3 | tel. 0473 496706 | distretto.merano@sabes.it  
**Bressanone** | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813640 | distretto.bressanone@sabes.it  
**Brunico** | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it  
<http://www.asdaa.it>  
Ragione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Cod. fisc./P. IVA 00773750211