Transportschein darf nur bei **zwingend medizinischer Notwendigkeit** ausgestellt werden

Kostenübernahme ist in **SGB V** geregelt - **diese Seite darf NUR vom Arzt beschriftet werden !!**

Zuzahlungsbefreit bei Arbeitsunfall oder bei Vorlage Befreiungsausweis

Genaue Bezeichnung der Krankenkasse **unbedingt notwendig z.B.** z.B. AOK xxxxx

Darf nur in den hier angegebenen Fällen angekreuzt sein

Freigabe 20.04.2018

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Zuzahlungspflicht — Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungsfrei — Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Ist diese Adresse nicht die Start-/ Zieladresse **muss die Richtige unter *Sonstiges* angegeben sein!!**

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Ausstellungsdatum muss immer eingetragen sein

☐ Unfall, Unfallfolge

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit

☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

muss **unbedingt** angekreuzt werden

Muss angekreuzt werden bei:
Aufnahmefahrt
Entlassungsfahrt
teilstat. Behandlung

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung** ☐ **vor-/nachstationäre Behandlung**

b) ☐ **anderer Grund**, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:

hier muss ein Grund angegeben werden z.B.:
amb. OP / Verlegung / Fahrt ins Hospiz !!
Datum der OP/Nachsorge muss dabei unter *Sonstiges* eingetragen werden!!

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen *(vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)*

c) **hochfrequente Behandlung** ☐ Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall *(Begründung erforderlich)*

d) **dauerhafte Mobilitäts-beeinträchtigung** ☐ Merkzeichen „aG", „Bl", „H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 ☐ vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate *(Begründung erforderlich)*

Falsch !! Seit 01.01.2019 gilt Genehmigung als erteilt!!

Hier muss unter *Sonstiges* eingetragen werden:
- bei vorstationär das **Aufnahmedatum**
- bei nachstationär das **Datum der stat. Zeit**

Begründung

e) ☐ **anderer Grund**, der Fahrt mit KTW erfordert *(z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)*

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächstmöglichbare, geeignete Behandlungsstätte

Behandlungsdatum muss immer eingetragen sein

bei Serienfahrten muss hier ein Datum und die Anzahl stehen

vom/am T T M M J J / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J

Behandlungsstätte *(Name, Ort)*

Adresse muss immer eingetragen werden - wenn es nicht die Adresse des Arztes im Stempel ist!!

3. Art der Beförderung

Taxi/MW muss immer angekreuzt werden plus eventuelle Zusatzeinrichtungen !!!

☐ Taxi/Mietwagen: ☐ Roll-stuhl ☐ Trage-stuhl ☐ liegend

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

Sonstiges *(z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)*

Das hier ist das Feld *Sonstiges* für die zwingend anzugebenden Daten und Begründungen von oben!!!

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

Hier muss zwingend *der Stempel des Arztes/ Krankenhaus/Einrichtung mit Unterschrift stehen !*
(kein i.A. oder ähnliches!)

Änderungen und Ergänzungen auf dieser Seite bedürfen einer

erneuten Unterschrift des Arztes mit Datumsangabe und Stempel !!

Hier muss unbedingt die Fahrtstrecke mit Straße / Hausnummer und Ort *angegeben* werden!
Name der Arztpraxis alleine ist unzureichend !!!!

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke *(von ... nach)*	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von / nach	☐	☐	
T T M M J J	von / nach	☐	☐	
T T M M J J	von / nach	☐	☐	
T T M M J J	von / nach	☐	☐	
T T M M J J	von / nach	☐	☐	
T T M M J J	von / nach	☐	☐	
T T M M J J	von / nach	☐	☐	
T T M M J J	von / nach	☐	☐	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Beide Angaben des Befreiungsausweises unbedingt übertragen !!

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

☐ nein ☐ ja, vom T T M M J J

Datum T T M M J J

~~Freigabe 20.04.2018~~

Verbindliches Muster

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Hier muss zwingend *der Stempel des Unternehmers mit Unterschrift stehen !*

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Rechnungsnummer

Z.B.: **10 km = € 22,60 x 2 = € 45,20 ./. ZZ € 10,-**

Wir schlagen vor bis auf weiteres dieses Feld zur Abrechnung wie hier im Beispiel gezeigt zu verwenden