Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten geb. am
	Kostenträgerkennung / Versicherten-Nr. / Status
	Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr. / Datum

☐ Unfall, Unfallfolge

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit

☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ☐ **ambulante Behandlung** bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** ***(Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)***

c) ☐ **anderer Grund**, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

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

d) ☐ **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall ***(Begründung unter 4. erforderlich)***

e) ☐ **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate** ***(Begründung unter 4. erforderlich)***

f) ☐ **anderer Grund für Fahrt mit KTW**, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ***(Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)***

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

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

Behandlungsstätte ***(Name, Ort)***

3. Art und Ausstattung der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen

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

☐ Rollstuhl

☐ Tragestuhl

☐ liegend

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

MUSTER

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	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	

MUSTER

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

☐ nein ☐ ja

Datum T T M M J J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Gesamt-Brutto ,

Rechnungsnummer

Zuzahlung ,

Positionsnummer Anzahl km

Positionsnummer Anzahl km