

# Verordnung einer Krankenförderung

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-frei	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

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
_____	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl km	Positionsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Anzahl km	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>