

Verordnung einer
Krankenförderung

4

☐ Unfall, Unfallfolge☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)☐ Hinfahrt☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ voll-/teilstationäre
Krankenhausbehandlung☐ vor-/nachstationäre
Behandlungb) ☐ 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	A	A
---	---	---	---	---	---

 / x pro Woche, bis voraussichtlich

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen☐ Rollstuhl☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung
und/oder Einrichtung notwendig ist wegen☐ Tragestuhl☐ liegend☐ RTW☐ NAW/
NEF☐ andere4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht
bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn
Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

[illegible]

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

[illegible]

Belegnummer

[illegible]

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--	--	--

Rechnungsnummer

[illegible]

Zuzahlung

--	--	--	--	--	--	--

Positionsnummer

--	--	--	--	--	--

Anzahl

--	--	--

km

--	--	--

Positionsnummer

--	--	--	--	--	--	--

Anzahl

[illegible]

km

--	--	--	--