

Zuzahlungspflichtig oder Zuzahlungsfrei

Zuzahlungspflichtig

Zuzahlungsfrei

Verordnung einer Krankenförderung 4

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

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
- 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: _____

Genehmigungsfreie oder Genehmigungspflichtige Fahrt

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 / x pro Woche, bis voraussichtlich

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 _____

Art der Beförderung: Taxi / Mietwagen

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 style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Rechnungsnummer		Zuzahlung
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl km	Positionsnummer
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Anzahl km	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>