

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
DAK-GESUNDHEIT		72
Name, Vorname des Versicherten Selbmann		
Peter		geb. am 28.10.58
Audre-Lorde-Str. 52 D 10997 Berlin		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
105830016	B951040264	5000600
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
720058800	069724303	11.11.25

Verordnung einer 4 Krankenförderung

- ☐ 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 11.11.25 / ____ x pro Woche, bis voraussichtlich _____

Behandlungsstätte (Name, Ort)

MOVZ Gesundes Friedrichshain

3. Art und Ausstattung der Beförderung

- ☐ Taxi/Mietwagen ☐ Rollstuhl
- ☒ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen ☒ Tragestuhl
- Vitalzeichenkontrolle ☐ liegend
- ☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere _____



MOVZ-Gesundes Friedrichshain GmbH
Standort Ruschestraße 103
10365 Berlin
Loretta Antonia Moser
FA für Innere Medizin
Tel. 030/863286010
Fax: 030/863286098
BSNR 720058800

Dr. med. Hans-Tilman Kinkel
Facharzt für Innere Medizin

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