

Verordnung einer 4 Krankenbeförderung

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger	AOK Nordost		72
Name, Vorname des Versicherten Filthuth			267746
Rose-Marie Bayernring 19 D 12101 Berlin			geb. am 13.01.38
Kostenträgerkennung 109519005	Versicherten-Nr. J188691811	Status 5000000	
Betriebsstätten-Nr. 722063900	Arzt-Nr. 015955501	Datum 03.02.26	

- 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 03.02.26 / x pro Woche, bis voraussichtlich _____

Behandlungsstätte (Name, Ort)

Virchow KH, Mittelallee 11, 13353 Berlin 3 Stock Aufnahmebüro

3. Art und Ausstattung der Beförderung

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl
{R26.3G},{I51.9G},{R26.8G}	
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/ NEF	<input type="checkbox"/> andere



Dr. med. Fabian Lindner
Dr. med. Maria Lindner
Dr. Christina Düsselbeck
Hausärztliche Versorgung
Manfred-von-Richtofen-Str. 15
12101 Berlin
Tel. 7862364, Fax 7856236
BSNR 722063900

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

Immobilitätssyndrom {M62.39G}

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes