

2359556

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krankenkasse		72
Name, Vorname des Versicherten Hollstein		
Petra		geb. am 13.11.48
Marienfelder Str. 6 D 12309 Berlin		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
109577507	D880015690	5000600
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
724404200	343440810	08.12.25

Verordnung einer Krankenförderung 4

<input checked="" type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit	
<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)	
<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt	<input checked="" type="checkbox"/> 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 0 8 1 2 2 5 / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)
Praxis GSG
Berlin Lichtenrade

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 fach.med. Umlagerung	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> legend
<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)

(V.a) Schenkelhalsfraktur li.

Dr.med.Insa Gangey 343440810
Susanne Gillwald 639772410
FA f.Orthopädie und Unfallchirurgie
Perdita Selbstaedt 659137106
FA f. Chirurgie
Skarbinstraße 7
12309 Berlin (Lichtenrade)
Telefon: 330-7457094

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes