

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

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 50000000
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 <u>{R26.3G},{I51.9G},{R26.8G}</u> | <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl |
| <input type="checkbox"/> RTW | <input type="checkbox"/> legend |
| <input type="checkbox"/> NAW/NEF | <input type="checkbox"/> andere <u> </u> |



Dr. med. Fabian Lindner
Dr. med. Maria Lindner
Dr. Christina Disselbeck
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