

<input type="checkbox"/> Gash- ungs- pflicht  <input type="checkbox"/> Gash- ungs- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger  <b>Name, Vorname des Versicherten</b>  <b>geb. am</b>
	Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status <hr/> Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

## **Verordnung einer 4 Krankenbeförderung**

- 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/Behandlungs frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/am \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ x pro Woche, bis voraussichtlich \_\_\_\_\_  
Behandlungsstätte (*Name, Ort*)

### **3. Art und Ausstattung der Beförderung**

- |   |                                      |                                 |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen   | <input type="checkbox"/> Rollstuhl   |                                 |
| <input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen | <input type="checkbox"/> Tragestuhl  |                                 |
| <input type="checkbox"/> liegend  |                                      |                                 |
| <hr/>   |                                      |                                 |
| <input type="checkbox"/> RTW  | <input type="checkbox"/> NAW/<br>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)

**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

## **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

**Stempel/Interschrift des Transporteurs**

## **Abrechnungsdaten des Transporteurs**

Plan d'entraînement  
IK des Transporteurs

Datum

### Stempel/Interschrift des Transporteurs

100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000

Period 1

## Gesamt-Brutto

Positionsnummer	Anzahl	km	Positionsnummer	Anzahl	km