

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Больничная касса или тот, кто будет нести расходы		
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten		
	Имя и фамилия застрахованного		
			geb. am
			Дата рождения
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Status
Подтверждение принятия расходов		Номер страховки	Статус
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum
Место работы		Номер врача	Дата

Verordnung einer Krankenförderung

Предписание оперевозке больного

☐ Unfall, Unfallfolge

Несчастный случай, последствия несчастного случая

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Несчастный случай на работе

☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Уход за больным

☐ Hinfahrt

Туда

☐ Rückfahrt

Обратно

1. Grund der Beförderung

Основание для перевозки

Genehmigungsfreie Fahrten

Перевозки не требующие согласования

a)

☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung

полное/частичное лечение в стационаре

b)

☐ ambulante Behandlung

амбулаторное лечение

c)

☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

другое основание (например, перевозка в хоспис)

☐ vor-/nachstationäre Behandlung

до/после стационарное лечение

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)

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

Перевозки требующие согласование для амбулаторного лечения

d)

☐ hochfrequente Behandlung

высокочастотное личение (диализ, химия терапия и тп)

e)

☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Длительная утрата мобильности

f)

☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

Другие основания для перевозки санитарным автомобилем

☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

Для передачи в больничную кассу

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am

с

T

T

M

M

J

J

/

☐

x pro Woche,

bis voraussichtlich

T

T

M

M

J

J

Behandlungsstätte (Name, Ort)

место лечения (название, место (адрес))

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Вид и оборудование для перевозки

☐ Taxi/Mietwagen

Такси или арендованный автомобиль

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Санитарный автомобиль

☐ Rollstuhl

инв.коляска

☐ Tragestuhl

стул для переноски

☐ liegend

лежащий

☐ RTW

срочная помощь

☐ NAW/NEF

неотложка

☐ andere

другие

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

Основания/дополнительно (Дата выписки, вес для тяжелого транспорта, время ожидания, совместная перевозка, место подачи, если транспортировка не от/в место жительства)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Печать врача, подпись врача



Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
T   T   M M   J   J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt  
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

☐ nein

☐ ja

Datum  
T | T | M M | J | J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer

Zuzahlung

Positionsnummer

Anzahl

km

Positionsnummer

Anzahl

km