

Zuzahlungs-pflicht

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Coverage.payor.0.display

Большинная касса или тот, кто будет нести расходы

Zuzahlungs-frei

Name, Vorname des Versicherten

Patient.name

Имя и фамилия застрахованного

geb. am

Дата рождения

Patient.birthDate

Kostenträgererkennung

Versicherten-Nr.

Status

Подтверждение принятия расходов

Coverage.payor.0.identifier.value

Номер страховки

Coverage.identifier.0.value

Patient.identifier.1.value

Статус

Coverage.status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Место работы

???

Номер врача

???

Дата

ServiceRequest.authoredOn

Verordnung einer Krankenförderung

Предписание оперевозке больного

Unfall, Unfallfolge

Несчастный случай, последствия несчастного случая

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Несчастный случай на работе

ServiceRequest.code.coding.0

Versorgungsleiden (z.B. BvG)

Уход за больным

Hinfahrt

не учёл

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

ServiceRequest.orderDetail.0.coding

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)

амбулаторное лечение

c)

anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

другое основание (например, перевозка в хоспис)

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

ServiceRequest.orderDetail.1.coding

vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

Для передачи в больничную кассу

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

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

ServiceRequest.occurrencePeriod.start

???

ServiceRequest.occurrencePeriod.end

vom/am

T

T

M

M

J

J

/

x pro Woche, bis voraussichtlich

T

T

M

M

J

J

c

раз в неделю

до, предположительно

Behandlungsstätte (Name, Ort)

место лечения (название, место (адрес))

Task.input.0.valueString

Task.input.1.valueString

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen

Такси или арендованный автомобиль

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

Санитарный автомобиль

Task.input.2.valueString

Rollstuhl

инв.коляска

Tragestuhl

стул для переноски

liegend

лежащий

Task.input.3.valueString

RTW

скорая 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)

Task.note.0.text

Practitioner

PractitionerRole

Organization(Hospital)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Печать врача, подпись врача

Muster 4 (7.2020)

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Пожалуйста, всегда подтверждайте поездку застрахованным лицом

Подтверждение страхователем

Я подтверждаю, что поездки, перечисленные ниже, будут осуществлены

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
Дата	Маршрут от до	Туда	Обратно	Подпись застрахованного лица
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			
T T M M J J	nach			

Bestätigung des Transporteurs

Подтверждение сопровождающего

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt

Перевозка больного была проведена в соответствии с вышеуказанным подтверждением

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

Предъявлен действительный сертификат об освобождении от доплаты на период перевозки по болезни.

информация не требуется для перевозки неотложной помощью в больницу

Datum

T | T | M | M | J | J

nein

ja

нетда

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

Учетные данные перевозчика

IK des Transporteurs

ИК Перевозчика

Belegnummer

номер документа

Gesamt-Brutto

всего брутто

Rechnungsnummer

Номер счета

Zuzahlung

Доплата

Positionsnummer

Номер позиции

Anzahl

Количество

km

км

Positionsnummer

Номер позиции

Anzahl

Количество

km

км