

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____

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

- c) **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
- d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** Merkzeichen "aG", "Bl", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung _____

- e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. hochgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am _____ / _____ x pro Woche, bis voraussichtlich _____
 Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl liegend

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

RTW NAW/NEF andere _____

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von zur Wohnung stattfindet)

Versorgungsstempel / 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

| Datum | Fahrtstrecke (von ... nach) | Hinfahrt | Rückfahrt | Unterschrift des Versicherten |
|-------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | von _____ nach _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | von _____ nach _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | von _____ nach _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | von _____ nach _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | von _____ nach _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | von _____ nach _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | von _____ nach _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt (Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja, vom _____ Datum _____

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs _____ Belegnummer _____

Rechnungsnummer _____