Verordnung einer Krankenbeförderung

4

ebühr frei

ebühr flicht.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit ☐ Versorgungsleiden (BVG u.a.) ☐ sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

☐ Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär

☐ Krankenhaus-behandlung vor- oder nachstationär

Behandlungsdaten

B) ambulante Operation

☐ ambulante Operation gem. § 115b SGB V

Datum

Behandlungsdaten

☐ Vor- oder Nach-behandlung bei ambulanter Operation

Behandlungsdaten

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) ☐ beim Vertragsarzt ☐ im Krankenhaus ☐ sonstige

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung

☐ gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)

☐ vergleichbarer Ausnahmefall wegen

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: ☐ X pro Woche über ☐☐ Monate

ggf. Zeitraum der Serienverordnung

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

☐ Merkzeichen „aG", „Bl", „H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

☐ vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsdauer:

2. Beförderungsmittel

☐ Taxi, Mietwagen ☐ Krankentransportwagen ☐ Rettungswagen ☐ Notarztwagen ☐ andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: ☐ nein ☐ Tragestuhl ☐ Nicht umsetzbar aus Rollstuhl ☐ liegend ☐ andere

Von	Nach			
☐	☐	Wohnung	☐ Hinfahrt	☐ Rückfahrt
☐	☐	Arztpraxis	☐ Wartezeit (Dauer):	
☐	☐	Krankenhaus	☐ Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	
☐	☐	andere Beförderungswege		

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: ☐ nein ☐ ja, folgende:

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (7.2008)

Belegnummer

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers | Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Positionsnummer | Faktor | km | Positionsnummer | Faktor | km

Positionsnummer | Faktor | km | Positionsnummer | Faktor | km

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis vom

Tag vor:

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

---

Genehmigung der Krankenkasse

☐ Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

☐ Die Fahrt wird wie folgt genehmigt:

☐ Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird **nicht** genehmigt

Begründung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum