

# Verordnung einer Krankenbeförderung

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

|                          |                                |                          |           |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Unfall, Unfallfolge            |                          |           |
| <input type="checkbox"/> | Arbeitsunfall, Berufskrankheit |                          |           |
| <input type="checkbox"/> | Versorgungsleiden (z.B. BVG)   |                          |           |
| <input type="checkbox"/> | Hinfahrt                       | <input type="checkbox"/> | 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 Fahrtantritt 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. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

## 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 /  x pro Woche, bis voraussichtlich 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

