

# Bei Einweisungen oder Entlassungen aus dem Krankenhaus

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h2>Verordnung einer Krankenförderung 4</h2> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten	
<p style="color: red; text-align: center;"><b>Bitte darauf achten das die Patientendaten vollständig sind!</b></p>		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

  

### 1. Grund der Beförderung

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung       vor-/nachstationäre Behandlung

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)

c)  anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: \_\_\_\_\_

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

d)  hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie       vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

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

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

  

### 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 und Ausstattung der Beförderung

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl
<b>Ausfüllen lassen !</b>	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
z.B. VZK, Hilfe bei Erbrechen	
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	

Tragestuhl o. liegend je nach Patient

Stempel und Unterschrift zwingend erforderlich

  

### 4. Begründung/Sonstiges

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

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**X** Diese Felder müssen angekreuzt sein

Bitte darauf achten das alle Angaben richtig und vollständig sind, da es sonst zu Problemen bei der Abrechnung kommt.

Gerade bei Fahrten in oder aus einem Krankenhaus, muss der Gelbe Begleitschein geschrieben werden.

Dieser ist bitte immer in Verbindung mit dem Transportschein abzugeben.

**Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!**

**Bestätigung durch den Versicherten**

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum Transportdatum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin- fahrt	Rück- fahrt	Unterschrift des Versicherten
T   T   M   M   J   J	von Abholort wie z.B. Wohnung nach Zielort wie z.B. Praxis, Krankenhaus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift des Patienten!
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T   T   M   M   J   J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bestätigung des Transporteurs**

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung 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	

Bitte immer vom Patienten Unterschreiben lassen, sollte der/die Patient/in nicht in der Lage sein selbst zu Unterschreiben, muss erfragt werden ob in seinem Auftrag Unterschrieben werden darf. Sowie Datum und Fahrstrecke eintragen