

# Verordnung einer Krankenbeförderung

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Hinfahrt  Rückfahrt

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

## 1. Grund der Beförderung

### Genehmigungsfreie Fahrten

- a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
  - 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  /  x pro Woche, bis voraussichtlich  /  /  /  /  /

Behandlungsstätte (Name, Ort)

## 3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen  Rollstuhl

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

RTW  NAW/NEF  andere  liegend

**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  
Muster 4 (7.2020)

**Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!**  
Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	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 TTMMJJ

## Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Rechnungsnummer

Positionnummer  Anzahl km

Positionnummer  Anzahl km

Gesamt-Brutto

Zuzahlung

Stempel/Unterschrift des Transporteurs