

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

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

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
- ☐ vor-/nachstationäre Behandlung
- ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrst mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

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

- ☐ hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- ☐ 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 Schweregewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangebe, wenn Beförderung nicht von/ zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / 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	Fahrtsrecke (von ... nach)		Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	
T T M M J J	von	nach	☐	☐	

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

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs Belegnummer

Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer

Zuzahlung

Positionnummer Anzahl km Positionsnummer Anzahl km

Stempel/Unterschrift des Transporteurs