

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

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

