

# Verordnung einer Krankbeförderung

4

## Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen  Arbeitsunfall, Berufskrankheit  Versorgungsleiden (BVG u.a.)  sonstiger Schaden

### 1. Hauptleistung

#### A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär  
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

#### B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V  
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum  
T T M M J J  
Behandlungsdaten

beim Vertragsarzt  im Krankenhaus  sonstige

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

#### C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

##### Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

###### Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie)  
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

###### Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt  
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz:  X pro Woche über  Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer:

ggf. Zeitraum der Serienverordnung

#### 2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen  Kranken-transportwagen  Rettungs-wagen  Notarzt-wagen  andere

##### Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

##### Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

nein  Tragestuhl  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl  liegend  andere

##### Von Nach

	Wohnung	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
	Arztpraxis	Wartezeit (Dauer):
	Krankenhaus	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):
	andere Beförderungswege	

##### Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein  ja, folgende:

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

## Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

Die Fahrt wird wie folgt genehmigt:

Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird **nicht** genehmigt

Begründung

Datum

T | T | M | M | J | J

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

### Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten

Die Krankbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis vom

T | T | M | M | J | J

lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

### Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

Positionsnummer

Faktor

km

Positionsnummer

Faktor

km

Rechnungsnummer

Positionsnummer

Faktor

km

Positionsnummer

Faktor

km

Belegnummer