

Verordnung einer Krankenförderung

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Artzt-Nr.	Datum

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

Behandlungsdaten

?

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115 b SGB V

Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum

Behandlungsdaten

beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

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

gemäß Anlage 2 der Kranekntransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- 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
ggf. Zeitraum der Serienverordnung

voraussichtliche Behandlungsdauer:

2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungswagen Notarztwagen andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

nein Tragestuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere

Von Nach

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

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein ja, folgende:

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes