

Zuzahlungspflicht
Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungsfrei
Name, Vorname des Versicherten
geb. am

Kostenträgerkennung
Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer Krankenförderung 4

Unfall, Unfallfolgen

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) anderer Grund, zB. Fahrten zu stationären Hospizen: amb. OP

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulaten 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 / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl liegend

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

KTW NAW/NEF andere _____

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, 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	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach			

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt (Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja, vom

Datum

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs
Belegnummer

Rechnungsnummer