Zuzahlungspflicht

Zuzahlungsfrei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Artzt-Nr. | Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung

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:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulaten Behandlungen *(vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)*

c) **hochfrequente Behandlung**
☐ Diylyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie
☐ vergleichbarer Ausnahmefall *(Begründung erforderlich)*

d) **dauerhafte Mobilitäts-beeinträchtigung**
☐ Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitäts-beeinträchtigung, 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: ☐ Roll-stuhl ☒ Trage-stuhl ☐ 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)*	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	☐	☐	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

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

☐ nein ☐ ja, vom T T M M J J

Datum T T M M J J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Rechnungsnummer

SENIOR ARTIN KRANKENFAHRDIENST