

Muster für Einweisungen

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Zurah- lungspflichtig

Krankenkasse bzw. Kostenträger

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) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bf“, „Jf“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **T Datum J** / x pro Woche, bis voraussichtlich **TTMMJJ**

Behandlungsstätte (Name, Ort)

Mit Ort eintragen

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl **Tragestuhl ODER liegend**

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

liegend

RTW NAW/NEF andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/ zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Muster für ambulante Behandlungen

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Zurah- lungspflichtig

Krankenkasse bzw. Kostenträger

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 Bei Pflegegrad 3 ohne aG, Bf oder H, oder darunter vorab immer bei der Krankenkasse genehmigen lassen.

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bf“, „Jf“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **T Datum J** / x pro Woche, bis voraussichtlich **TTMMJJ**

Behandlungsstätte (Name, Ort)

Mit Ort eintragen

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl **Tragestuhl ODER liegend**

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

liegend

RTW NAW/NEF andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/ zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Achten Sie bitte bei den Verordnungen darauf, dass die Kreuze einheitlich sind (Farbe muss einheitlich sein, entweder maschinell ODER handschriftlich; falls etwas korrigiert werden muss, bitte noch einmal vom Arzt abstempeln lassen + Unterschrift)