

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h2 style="color: red;">Verordnung einer Krankenförderung</h2>	<h1 style="color: red;">4</h1>																																																
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div>	<p>Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V</p> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden																																																	
	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	<p>1. Hauptleistung</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A) im Krankenhaus</p> <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär</div> <div style="width: 45%;"> <p>B) ambulante Operation</p> <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation</div> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <p>Datum</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> <p>Behandlungsdaten</p> </div>		T	T	M	M	J	J																																										
T	T	M	M	J	J																																														
	Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum	<p>C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)</p> <p>Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung</p> <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____																																																	
		<p>Dauerhafte Mobilitätseinschränkung</p> <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____																																																	
		<p>beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige _____</p> <p>voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monate voraussichtliche Behandlungsdauer: _____</p> <p>ggf. Zeitraum der Serienverordnung _____</p>																																																	
		<p>2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs-wagen <input type="checkbox"/> Notarzt-wagen <input type="checkbox"/> andere _____</p> <p>Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)</p> <p>_____</p>																																																	
		<p>Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trage-stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere _____</p> <p>Von Nach Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Wohnung</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Hinfahrt</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Rückfahrt</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">ja, folgende: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Arztpraxis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Wartezeit (Dauer): _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Krankenhaus</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>andere Beförderungswege</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, folgende: _____																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																								

Verbindliches Muster

28.05.04

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (7.2004)

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
---	---	---	---	---	---

Verbindliches Muster

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 Zahlungsbefreiungsausweis vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers _____

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers	Zuzahlung	Gesamt-Brutto	Positionnummer	Faktor	km	Positionnummer	Faktor	km
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Rechnungsnummer			Positionnummer	Faktor	km	Positionnummer	Faktor	km
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Belegnummer								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>								