

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten		
			geb. am
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung einer Krankenförderung 4

☐ Unfall, Unfallfolge
 ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Hinfahrt
 ☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
 ☐ vor-/nachstationäre Behandlung

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

☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

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

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

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

☐ 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

T

M

M

J

J

 /

☐ x pro Woche, bis voraussichtlich

T

T

M

M

J

J

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen
 ☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

☐ Rollstuhl
 ☐ Tragestuhl
 ☐ liegend

☐ RTW
 ☐ NAW/NEF
 ☐ andere

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

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			
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 Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

☐ nein

☐ ja

Datum
T | T | M M | J | J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
Positionsnummer	Anzahl	km
Positionsnummer	Anzahl	km