

Verordnung einer Krankbeförderung

4

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

Behandlungsdaten: _____

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum:

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

Behandlungsdaten: _____

beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten Max Mustermann Musterstr. 1 12345 Berlin		
		geb. am	01.01.1934
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
123456789	ABC123456	50001	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
123457212	10897563	01.06.2017	

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie)

vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkezeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate

ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____

2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungswagen Notarztwagen andere _____

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Diagnose, die den Transport begründet bitte immer eintragen!

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein Tragestuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere _____

Von Nach

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input checked="" type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt	<input type="checkbox"/>	nein	<input checked="" type="checkbox"/>	ja, folgende: z.B. fachliche Lagerung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer):	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungsweg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein ja, folgende: z.B. fachliche Lagerung

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10.2014)

