

Transportschein darf nur bei **zwingend medizinischer Notwendigkeit** ausgestellt werden
Kostenübernahme ist in **SGB V** geregelt - **diese Seite darf NUR vom Arzt beschriftet werden !!**

Zuzahlungsbefreit bei Arbeitsunfall oder bei Vorlage Befreiungsausweis

Genauere Bezeichnung der Krankenkasse **unbedingt notwendig** z.B. z.B. AOK xxxxx

Darf nur in den hier angegebenen Fällen angekreuzt sein

Freigabe 20.04.2018

Verordnung einer Krankenförderung 4

Zuzahlungspflicht
Zuzahlungsfrei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Berufsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:

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

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

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (Falsch !! Seit 01.01.2019 gilt Genehmigung als erteilt!!) 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 nächstmögliche, geeignete Behandlungsstätte

vom/am x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

Adresse muss immer eingetragen werden - wenn es nicht die Adresse des Arztes im Stempel ist!!

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl liegend

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

RTW NAW/NEF andere

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

Das hier ist das Feld **Sonstiges** für die zwingend anzugebenden Daten und Begründungen von oben!!!

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BfG)

Hinfahrt **Rückfahrt**

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes (Muster 4 (4.2019))

Ist diese Adresse nicht die Start-/Zieladresse muss die Richtige unter **Sonstiges** angegeben sein!!

Muss angekreuzt werden bei:
Aufnahmefahrt
Entlassungsfahrt
teilstat. Behandlung

Ausstellungsdatum muss immer eingetragen sein

muss **unbedingt** angekreuzt werden

hier muss ein Grund angegeben werden z.B.:
amb. OP / Verlegung / Fahrt ins Hospiz !!
Datum der OP/Nachsorge muss dabei unter **Sonstiges** eingetragen werden!!

Hier muss unter **Sonstiges** eingetragen werden:
bei vorstationär das **Aufnahmedatum**
- bei nachstationär das **Datum der stat. Zeit**

Behandlungsdatum muss immer eingetragen sein

bei Serienfahrten muss hier ein Datum und die Anzahl stehen

Taxi/MW muss immer angekreuzt werden plus eventuelle Zusatzeinrichtungen !!!



Hier muss zwingend der **Stempel des Arztes/ Krankenhaus/Einrichtung mit Unterschrift stehen!**
(kein i.A. oder ähnliches!)

Änderungen und Ergänzungen auf dieser Seite bedürfen einer erneuten Unterschrift des Arztes mit Datumsangabe und Stempel !!