

Zuzahlungsbefreiung
Krankenkasse bzw. Kostenträger
Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten
Hustermann, Max
Husterstraße XY
XYEAB Husterhausen

Kostenträgerkennung: **1234567890** Versicherten-Nr. **1234567890** Status: **aktiv**

Betriebsstätten-Nr. **1234567890** Arzt-Nr. **1234567890** Datum: **01.01.2010**

AB-CD-ET
geb. am

66-15.KL

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) 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“, „3l“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsduar mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung:

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. lachgerechtes Lachen, Tragen, Haben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **TTMMJJJJ** / x pro Woche, bis voraussichtlich **TTMMJJJJ**

Behandlungsstätte (Name, Ort): **GZO, Elsach**

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)

Einsatzort: Marktplatz XY, vor dem Rathaus

Thieme Dokumentform GmbH · Willy-Brandt-Allee 31a · 23554 Lübeck · www.dokumentform.de

Verordnung einer Krankenbeförderung **4**

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

Hinfahrt Rückfahrt

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)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt.
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich.)

nein ja, von: **TTMMJJJJ**

Datum

TTMMJJJJ

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Rechnungsnummer