



Zuzahlungspflicht

Krankenkasse bzw. Kostenträger

**Krankenkasse**

Name, Vorname des Versicherten

**Mustermann, Max**

**Musterstraße 19**

**XYEAB Musterhausen**

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstellen-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**AB-CD-EF**  
gab an

**GH-IJ-KL**

## Verordnung einer Krankenförderung

4

- ☐ Unfall, Unfallfolge
- ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- ☒ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

### 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“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 ☐ vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung

- e) ☐ anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fahrgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

### 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am         /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

**GZO, Erbach**

### 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**

Vertragsarztstempel/ Unterschrift des Arztes

Muster 4 | 4.2019

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
<input type="text"/>	von <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

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

☐ nein

☐ ja, von

Datum

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

### Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Rechnungsnummer