Verordnung einer Krankenbeförderung

4

Krankenkasse bzw. Kostenträger
DAK GESUNDHEIT

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann
Manfred
geb. am 01.01.66
Mustergasse 11
12345 Musterstadt

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101367993	K152880572	1

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
081984800	930759303	16.06.17

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V

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

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

☐ Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär

☐ Krankenhaus-behandlung vor- oder nachstationär — Behandlungsdaten

B) ambulante Operation

☐ ambulante Operation gem. § 115b SGB V — Datum

☐ Vor- oder Nach-behandlung bei ambulanter Operation — Behandlungsdaten

Muster - Transportschein

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

☐ beim Vertragsarzt ☐ im Krankenhaus ☐ sonstige

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V

hochfrequente Behandlung

☐ gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)

☐ vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: ☐ X pro Woche über ☐☐ Monate

ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____

dauerhafte Mobilitätseinschränkung

ITW Transporte

☐ Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

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

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____

2. Beförderungsmittel

☐ Taxi, Mietwagen ☐ Kranken-transportwagen ☐ Rettungs-wagen ☐ Notarzt-wagen ☒ andere ITW

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD 10)
Mitralklappenersatz ICD-10: Z95.5

Medizin.-technische Ausstattung erforderlich: ☐ nein ☐ Tragestuhl ☐ Nicht umsetzbar aus Rollstuhl ☒ liegend ☐ andere _____

Von	Nach	
		Wohnung
		Arztpraxis
X	X	Krankenhaus
		andere Beförderungswege _____

☒ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

Wartezeit (Dauer): _____

Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____

Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:

☐ nein ☒ ja, folgende: ITW

ArztÜberwachung Vitalfunktion

[redacted]
Marktstr. 54
[redacted]
Tel: 0 55 23 / [redacted]

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. KBV-PRF.NR. Y/9/1410/45/112

Muster 4.1/E (1C.2014)

Genehmigung der Krankenkasse

☐ Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

☐ Die Fahrt wird wie folgt genehmigt: _____

☐ Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird **nicht** genehmigt

Begründung _____

Datum __.__.____

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis vom __.__.____ lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers
01.01.17 Unterschrift

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers | Zuzahlung | Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer

Belegnummer

Positionsnummer	Faktor	km	Positionsnummer	Faktor	km
Positionsnummer	Faktor	km	Positionsnummer	Faktor	km