

Verordnung einer Krankbeförderung 1

Zahlungsfrei Krankenkasse bzw. Kostenträger 2

Zahlungspflichtig Name, Vorname des Versicherten geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Vtragsarzt-Nr. _____ VK gültig bis _____ Datum 3

Mitteilung von Krankheiten und dritiverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V
 Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung 4 A

A) im Krankenhaus Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

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

Datum 4 B T T M M J J J
 Behandlungsdaten _____

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige _____

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: 4 C
Hochfrequente Behandlung
 gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung
 Merkzeichen „aG“, „BI“, „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 _____

2. Beförderungsmittel 5 Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungswagen Notarztwagen andere _____

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) _____

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

Von Nach Wohnung Hinfahrt Rückfahrt nein ja, folgende: _____

Arztpraxis Wartezeit (Dauer): _____

Krankenhaus Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____

andere Beförderungswege _____

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes
 Muster 4 (7.205) 7

Vorderseite

1

Transportschein muss Original sein

Keine Kopie – Außer Ihre Krankenkasse beglaubigt die Kopie mit einem Stempel.

2

Kostenträger muss eingetragen sein

Abgerechnet wird mit der gesetzlichen Krankenkasse oder der Berufsgenossenschaft.

(Fahrten zu einer weiteren Untersuchung beim Arzt oder im Krankenhaus) ist der Kostenträger das Krankenhaus. Bei privaten Krankenversicherungen müssen die Kunden gegen Quittung den gesamten Fahrpreis bar zahlen. Im oben genannten Krankenhaus Beispiel als Kostenträger, muss eine Einweisung oder Entlassung vorliegen. Anderenfalls muss der Fahrpreis gegen Quittung bar bezahlt werden und Sie erhalten eine Quittung die Sie, bei Ihrer Krankenkasse einreichen um eine eventuelle Rückerstattung zu erhalten.

3

Ausstellungsdatum muss eingetragen sein

Es spielt keine Rolle, wenn das Datum älter als der Tag der Fahrt ist.

4

Die Art der Behandlung (Hauptleistung) muss angekreuzt sein

A

Entweder erfolgt die Fahrt vor oder nach einer stationären Behandlung: Hauptleistung im Krankenhaus

B

Oder sie erfolgt nach einer ambulanten Operation: Hauptleistung ambulante Operation

C

Darf nur angekreuzt sein, wenn die Genehmigung der Krankenkasse auf der Rückseite eingetragen ist oder als Genehmigungsschreiben vorliegt.

5

Taxi, Mietwagen muss angekreuzt sein

6

Die Wegstrecke von – nach muss angekreuzt sein

7

Stempel und Unterschrift vom Arzt muss eingetragen sein

Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

Die Fahrt wird wie folgt genehmigt: _____

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

Begründung _____

Datum T T M M J J

8

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
9				10

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis vom T T 11 J J lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers _____ 12

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers _____ Zuzahlung 13 _____ Gesamt-Brutto 14 _____

Rechnungsnummer _____

Belegnummer _____

Positionnummer	Faktor	km	15	Positionnummer	Faktor	km
Positionnummer	Faktor	km		Positionnummer	Faktor	km

Rückseite

- 8** Unterschrift und Stempel muss von der Krankenkasse eingetragen sein, wenn es sich um eine ambulante Behandlung C) bei einem niedergelassenen Arzt handelt. Möglich ist auch eine Genehmigung der Krankenkasse auf einem Schreiben, welches aber mit abgegeben werden muss.
- 9** Datum und Fahrtstrecke muss original eingetragen werden. (Computer gedruckte Transportscheine dürfen nicht handschriftlich geändert werden ‚Fälschung‘.
- 10** Unterschrift des Fahrgastes muss original eingetragen sein. – Oder gesetzlicher Vertreter.
- 11** Bei Vorlage eines Befreiungsausweises muss entweder das Ausstellungsdatum oder Ablaufdatum eingetragen werden. In diesem Fall muss der Patient nichts bezahlen, bei einem genehmigten Transportschein. (Bei Serienfahrten bitte Kopie an unser Unternehmen einreichen) – Wird vom Leistungserbringer eingetragen.
- 12** Wird vom Leistungserbringer eingetragen.
- 13** Hat ein Patient keinen gültigen Befreiungsausweis, muss ein gesetzlicher Eigenanteil eingetragen werden. Dieser beträgt immer 5 Euro für eine Fahrtstrecke. Fahrten über die Berufsgenossenschaften sind freigestellt, somit fallen keine Zuzahlungen für Sie an.
- 14** In dieses Feld muss der Fahrpreis entsprechend Rahmenvertrag eingetragen werden. – Von Uns –
- 15** In diesem Feld müssen die Kilometer eingetragen werden. – Von Uns –

Grundsätzlich gilt:

Alle Fahrten müssen im Voraus durch den Arzt verordnet und von Ihrer Krankenkasse genehmigt werden (Ausnahme: **Fahrten zu stationären Behandlungen** –Einweisung – oder – Entlassung) Bitte stellen Sie frühzeitig bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag.