

Zuzahlungspflicht Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungspflicht Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer Krankenförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung

b) ambulante Behandlung bei Minderjährig (Bf, JH, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung) oder 3. oder 5. Pflegegrad / Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter 0 zu verordnen)

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (von Krankenkasse vorzulegen)

d) hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemio- oder Strahlentherapie) vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4, erforderlich)

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4, erforderlich)

f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4, erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

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

liegend

RTW NAW/NEF andere

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

Vertrauensarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.
Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs Belegnummer Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer Zuzahlung

Positionsnummer Anzahl km Positionsnummer Anzahl km