

Stationär / Taxi (Fußgänger)

Verordnung einer Krankenförderung

4

Gebühr: Krankenkasse bzw. Kostenträger
frei

Gebührpflicht: Name, Vorname des Versicherten
Mustermann geb. am. _____

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
A9999999 **50001**

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
_____ **31.06.2013**

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

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

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

Behandlungsdaten _____

B) ambulante Operation

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

Datum:
Behandlungsdaten _____

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____

ggf. Zeitraum der Serienverordnung _____

2. Beförderungsmittel

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

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

Von

Wohnung wahlw. Rückfahrt
 Arztpraxis Wartezeit (Dauer): _____
 Krankenhaus Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____
 andere Beförderungswege _____

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein ja, folgende: _____

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (7.2008)

Genehmigung der Krankenkasse nicht erforderlich!