

Stationär / liegend

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) _____

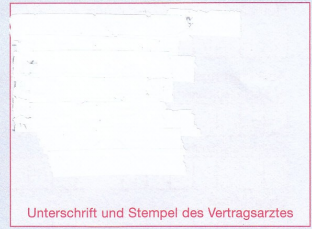
voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate
voraussichtliche Behandlungsdauer: _____
ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____

2. Beförderungsmittel Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungs- wagen Notarzt- wagen andere _____

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

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

Von Nach Wohnung wahlw. Rückfahrt nein ja, folgende: _____
 Arztpraxis Wartezeit (Dauer): _____
 Krankenhaus Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____
 andere Beförderungswege _____



Muster 4 (7.2008)

Genehmigung der Krankenkasse nicht erforderlich!

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee