

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten	
		geb. am
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
		Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.
		Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkmalen „a)“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (von Fahrten mit der Krankenkasse vorzuziehen)

- 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 Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

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)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>