

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

Verordnung einer Krankenbeförderung

- ☐ Unfall, Unfallfolgen
- ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- ☐ Versorgungsleiden, z. B. BVG)

☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

E-Nr.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen 'aG', 'Bl', '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 (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) ☐ hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- 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. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich

T T M M J J

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

von

nach

--	--	--