

Transportschein darf nur bei **zwingend medizinischer Notwendigkeit** ausgestellt werden
 Kostenübernahme ist in **SGB V** geregelt - diese Seite darf **NUR vom Arzt beschriftet** werden !!

Freigabe 20.04.2018

Verordnung einer Krankenbeförderung

Zuzahlungspflicht
 Krankenkasse bzw. Kostenträger
 Name, Vorname des Versicherten
 Sozialträgerkennung
 Versicherten-Nr.
 Status
 Betriebsstellen-Nr.
 Arzt-Nr.
 Datum

Zahlungspflicht
 Zuzahlungsbefreit bei Arbeitsunfall oder bei Vorlage Befreiungsausweis

Genauere Bezeichnung der Krankenkasse unbedingt notwendig z.B. z.B. AOK xxxxx

Darf nur in den hier angegebenen Fällen angekreuzt sein

Ist diese Adresse nicht die Start-/ Zieladresse muss die Richtige unter Sonstiges angegeben sein!!

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
 vor-/nachstationäre Behandlung

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (per Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung Merkzeichen „aG“, „BF“, „JH“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)
Falsch !! Seit 01.01.2019 gilt Genehmigung als erteilt!!

Begründung

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. Sachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungszeitpunkt, -frequenz und nächstgelegene Behandlungsstätte

Behandlungsdatum muss immer eingetragen sein

vor/vom / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (name, org)

bei Serienfahrten muss hier ein Datum und die Anzahl stehen

Adresse muss immer eingetragen werden - wenn es nicht die Adresse des Arztes im Stempel ist!!

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl Logend

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

RTW NAW/NEF andere

Taxi/MW muss immer angekreuzt werden plus eventuelle Zusatzeinrichtungen !!!

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

Das hier ist das Feld Sonstiges für die zwingend anzugebenden Daten und Begründungen von oben!!!

Verbindliches Muster

Hier muss zwingend der Stempel des Arztes/ Krankenhaus/Einrichtung mit Unterschrift stehen! (kein I.A. oder ähnliches!)

1. Grund der Beförderung

Muss angekreuzt werden bei: Aufnahme-fahrt, Entlassungs-fahrt, teilstat. Behandlung

Ausstellungsdatum muss immer eingetragen sein

hier muss ein Grund angegeben werden z.B.: amb. OP / Verlegung / Fahrt ins Hospiz !! Datum der OP/Nachsorge muss dabei unter Sonstiges eingetragen werden!!

hier muss unter Sonstiges eingetragen werden: - bei vorstationär das Aufnahmedatum - bei nachstationär das Datum der stat. Zeit

muss unbedingt angekreuzt werden

Änderungen und Ergänzungen auf dieser Seite bedürfen einer erneuten Unterschrift des Arztes mit Datumsangabe und Stempel !!

Hier muss unbedingt die Fahrtstrecke mit Straße / Hausnummer und Ort angegeben werden! Name der Arztpraxis alleine ist unzureichend !!!!

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

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt (Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja, vom _____ Datum _____

Freigabe 20.04.2018

Verbindliches Muster

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Hier muss zwingend der Stempel des Unternehmers mit Unterschrift stehen !

Beide Angaben des Befreiungsausweises unbedingt übertragen !!

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs: _____ Bolegnummer: _____

Rechnungsnummer: _____

z.B.: **10 km = € 22,60 x 2 = € 45,20 ./ . ZZ € 10,-**

Wir schlagen vor bis auf weiteres dieses Feld zur Abrechnung wie hier im Beispiel gezeigt zu verwenden

