

Leitfaden zur Verordnung einer Krankenförderung

Krankentransport-Richtlinie, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGBV

Stand: 02.2017

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Inhalt

| | | |
|------------|---|----------|
| 1 | Einleitung – rechtliche Ausgangslage | 2 |
| 2 | Verordnung einer Krankenförderungsleistung | 2 |
| 2.1 | Auswahl des Beförderungsmittels | 3 |
| 2.1.1 | Krankenfahrten | 3 |
| 2.1.2 | Krankentransporte | 3 |
| 2.1.3 | Rettungsfahrten | 3 |
| 2.2 | Krankenförderung – Anspruchsberechtigung..... | 4 |
| 3 | Genehmigung durch die Krankenkasse | 4 |
| 4 | Kosten für den Versicherten | 4 |
| 5 | Ausfüllhinweise & Beispiele | 5 |

1 Einleitung – rechtliche Ausgangslage

Die Verordnung von Beförderungsleistungen ist in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie)“ geregelt.

Seit dem 05.05.2016 ist die Krankentransport-Richtlinie nicht mehr nur für den vertragsärztlichen, sondern auch für den vertragszahnärztlichen Bereich einheitlich und verbindlich geregelt. Dieser Leitfaden dient als praktische Orientierungshilfe für die Umsetzung der Verordnung von Beförderungsleistungen.

2 Verordnung einer Krankenförderungsleistung

Die Verordnung ist unter Verwendung des vertragsärztlichen Musters 4 „Verordnung einer Krankenförderung“ vorzunehmen (siehe Seite 5ff).

Auch bei Privatpatienten wird das Muster 4 zur Verordnung genutzt.

Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen o.ä. sind keine Krankenkassenleistung.

2.1 Auswahl des Beförderungsmittels

Als Krankenförderungsmittel stehen zur Verfügung:

- Krankenfahrten
- Krankentransporte
- Rettungsfahrten

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist neben der zwingenden medizinischen Notwendigkeit die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

2.1.1 Krankenfahrten

Krankenfahrten sind Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten, die mit Mietwagen oder Taxi durchgeführt werden. Zu den Mietwagen zählen z.B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstühlen.

2.1.2 Krankentransporte

Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn der Versicherte während der Fahrt einer Betreuung/Begleitung durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal oder der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens (KTW) bedarf.

Darüber hinaus soll ein Krankentransport verordnet werden, um die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten (z.B. Tuberkulose, MRSA, infektiöse Darmerkrankungen, HIV, Hepatitis, Windpocken) zu vermeiden – in diesen Fällen ist die Notwendigkeit eines Transportes in die zahnärztliche Praxis sorgfältig abzuwägen.

2.1.3 Rettungsfahrten

Eine Rettungsfahrt ist notwendig, wenn der Versicherte mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden muss – z.B. im Falle zu erwartender notwendiger Erste-Hilfe-Maßnahmen oder lebensrettender Sofortmaßnahmen. Die Anforderung erfolgt über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle (19222).

Eine geplante medizinisch notwendige Rettungsfahrt für eine zahnärztliche Behandlung in der Praxis sollte grundsätzlich sehr kritisch hinterfragt werden. Eine Einweisung/Transport in eine Klinik erfolgt durch den Hausarzt (bzw. einen Facharzt für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie) und ist mit diesem abzustimmen.

Kommt es in der Praxis zu einer ungeplanten Notfall-Situation, sollte ohne Verzögerung der Notarzt (112) gerufen werden.

2.2 Krankenbeförderung – Anspruchsberechtigung

Eine Verordnung ist möglich für Versicherte mit

- Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad* 3, 4 oder 5
- Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen
 - **aG** außergewöhnliche Gehbehinderung oder
 - **Bl** Blindheit oder
 - **H** Hilflosigkeit
- Mobilitätseinschränkung und zwingend notwendiger zahnärztlicher Behandlung in der Praxis

* Mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz werden unter anderem die bisher geltenden Pflegestufen durch sogenannte Pflegegrade ersetzt: Pflegestufe 2 entspricht dabei Pflegegrad 3 und Pflegestufe 3 den Pflegegraden 4 bzw. 5. Das Muster 4 wird diesbezüglich derzeit angepasst – solange ist bei Vorliegen der Pflegegrade 3-5 entsprechend „Pflegestufe 2 bzw. 3“ anzukreuzen.

3 Genehmigung durch die Krankenkasse

Die Krankentransport-Richtlinie schreibt vor, die Verordnung der Krankenkasse möglichst frühzeitig vor dem Transport zur Genehmigung vorzulegen. Andernfalls kann es passieren, dass die Kosten für die Beförderung nicht von der Krankenkasse übernommen und dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (Taxi: je nach Kilometer/Zeit; Rollstuhltaxi: ca. € 15,- pro Fahrt; KTW: ca. € 69,- (inkl. 100km) pro Fahrt, RTW: € 300,- pro Fahrt). Wer sich um die Genehmigung kümmert, sollte im Einzelfall nach Absprache mit dem Versicherten bzw. seinem Umfeld geklärt werden.

Sind in einem Jahr mehrere Transporte in die Praxis notwendig, muss für jeden notwendigen Transport eine entsprechende Verordnung ausgestellt werden, da der Krankentransport-Dienstleister diese für die Abrechnung benötigt. Aber nicht jeder Transport muss erneut genehmigt werden. Dazu ist vom Versicherten bzw. dem gesetzlichen Vertreter z.B. im Rahmen des ersten notwendigen Transportes eine spezielle Genehmigung bei der Krankenkasse für das gesamte Kalenderjahr zu beantragen. Diese Genehmigung wird für jeden Arzt separat erteilt, eine bereits vorliegende Genehmigung für einen anderen Arzt ist ungültig.

4 Kosten für den Versicherten

Versicherte bzw. gesetzliche Betreuer sind über entstehende Kosten im Zusammenhang mit der Krankenbeförderung aufzuklären.

Diese betragen 10 % des Fahrpreises, mindestens jedoch € 5,- und höchstens € 10,-; allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten der Fahrt. Die Belastungsgrenze pro Kalenderjahr beträgt zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen (für chronisch kranke Menschen ein Prozent). Bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse sind Versicherte für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

5 Ausfüllhinweise & Beispiele

Das Formular zur Verordnung ist online unter folgendem Link bestellbar:
www.kzvbw.de/za-online/vordruck/bestellung/online-bestellung.faces

Ihr Ansprechpartner bei der KZV BW: Carmen Basso, Tel.: 0711-7877-406



Verordnung einer Krankbeförderung 4

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

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

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
 beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige
 Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 Vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

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

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 Arztpraxis Krankenhaus andere Beförderungswege






Hinfahrt Rückfahrt nein ja, folgende:

Wartezeit (Dauer):
 Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10.2014)

- 1 KVK-Daten – nicht vergessen anzukreuzen: Gebühr frei oder Gebühr pflichtig!
- 2 Vertrags-(zahn)arzt
- 3 Schwerbehindertenausweis Merkzeichen aG/Bl/H oder Pflegegrad 3, 4 bzw. 5 oder „vergleichbarer Grund wegen“ z.B. Schwindel mit Fallneigung, Hemiparese mit Gehbehinderung, Demenz (verwirrt bzw. weglaufgefährdet), Kachexie, allgemeine Schwäche, Rheuma o. Gicht im Schub, schmerzhafte Hüft- o. Kniearthrose, Infektionsgefahr, Verschleimung o. Aspirationsgefahr (mit Notwendigkeit Absaugung)
- 4 Beförderungsmittel, ggf. Begründung, ggf. notwendige medizinisch-technische Ausstattungen und/oder medizinisch-fachliche Betreuung (siehe Seite 6). Bei nicht geklärtem Gesundheitszustand Rücksprache mit dem Hausarzt.
- 5 Wohnung/Arztpraxis, Hinfahrt/Rückfahrt (Angabe von Wartezeiten möglich aber in der Praxis nicht üblich). Bewährt haben sich zwei getrennte Transportscheine für Hin- & Rückfahrt.
 Sollen mehrere Patienten zur selben Zeit befördert werden: für jeden Patienten eine gesonderte Verordnung unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer ausstellen.
- 6 Verordnung mit Vertragszahnarztstempel versehen & unterschreiben

| | Krankenfahrt | | | Krankentransport | Rettungsfahrt |
|---|---|---|---|---|---|
| | Taxi | Rollstuhltaxi | Liegendtaxi | KTW Kranktransportwagen | RTW – Rettungswagen NAW – Notarztwagen |
| Kranken- beförderung |  |  |  |  |  |
| Betreuung | nicht fachlich | nicht medizinisch | | medizinisch fachlich – bei NAW Notarzt | |
| Patient | gehfähig, aber nicht allein mit ÖPVN/KFZ | mit Rollstuhl | liegend | liegend und/oder dement, aspirationsge- fährdet, infektiös | bedarf Erste-Hilfe- bzw. Maßnahmen zur Aufrecht- erhaltung Vitalfunktionen |
| Besetzung Qualifikation Ausstattung | 1 Person | 1 Person ggf. Treppensteiger | 2 Personen, Trageleistung | 2 Personen mit Trage- leistung + Betreuung, Hygieneanforderun- gen, O ₂ , Notfallkoffer | 2 Personen mit Tragelei- stung + notfallmedizini- scher Betreuung |
| Hinweise Muster 4 | X Taxi | X Taxi + X nicht umsetzbar aus Rollstuhl | X andere: Liegendtaxi | X KTW | X RTW bzw. NAW |
| | Med.-techn. Ausstattung : X nein | | X liegend o. Tragestuhl | | |
| | Med.-tech. Betreuung: X nein | | | X ja, folgende RS | X ja, folgende RA bzw. NA |

ÖPVN: Öffentlicher Personennahverkehr – KFZ: Kraftfahrzeug

Erläuterungen zur Qualifikation Begleitpersonal bei KTW/RTW/NAW

Rettungshelfer

- 4 Wochen Lehrgang
- Fahrer eines KTW

Rettungssanitäter (RettSan bzw. RS)

- 3 Monate Ausbildung
- verantwortlich auf KTW oder
- Fahrer eines RTW/NAW

Rettungsassistent (RettAss bzw. RA)

- 2 Jahre Ausbildung
- verantwortlich auf KTW/RTW
- in Zukunft Notfallsanitäter (3 Jahre Ausbildung)

Notarzt (NA)

- verantwortlich auf NAW

Persönliche Begleitung:

Grundsätzlich können mit dem Taxi bis zu vier Personen befördert werden, ohne dass hierfür Mehrkosten entstehen, wenn die Beförderung mit Transportschein erfolgt

Bei KTW und RTW/NAW können im Regelfall eine zusätzliche Begleitperson (Angehöriger, Nachbarschaftshilfe, ...) mitgenommen werden. Das Transportunternehmen sollte aber aus organisatorischen Gründen im Vorfeld informiert werden.

Bsp 1: Patient zu Hause, Gebühr pflichtig, Pflegegrad 2, Rollstuhl – Transport in rollstuhlgerechte Praxis – beachte: gesonderten Transportschein für Rückfahrt

| Gebühr | | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | Verordnung einer Krankenbeförderung | | 4 |
|--|-----------|--------------------------------|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | frei | Name, Vorname des Versicherten | | Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pflichtig | geb. am | | <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden | | |
| KVK-Daten Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum | | | | 1. Hauptleistung A) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation | | Datum T T M M J J J Behandlungsdaten |
| C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen | | | | <input checked="" type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige | | |
| voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung | | | | Dauerhafte Mobilitätseinschränkung <input checked="" type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) | | |
| 2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs- wagen <input type="checkbox"/> Notarzt- wagen <input checked="" type="checkbox"/> andere | | | | Demenz voraussichtliche Behandlungsdauer: | | |
| Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) Mobilitätseinschränkung – Patient im Rollstuhl Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trage- stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere | | | | Rollstuhltaxi von Nach: <input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: | | Arztstempel Unterschrift Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (10.2014) |
| Von Nach: <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungsweg | | | | Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: | | |
| Wartezeit (Dauer): Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): | | | | | | |

Bsp 2: Patient aus Heim, Gebühr frei, Pflegegrad 3, verwirrt, Rollator – Rücktransport aus Praxis im 1. Stock ohne Aufzug – beachte: gesonderten Transportschein für Hinfahrt

| Gebühr | | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | Verordnung einer Krankenbeförderung | | 4 |
|---|-----------|--------------------------------|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | frei | Name, Vorname des Versicherten | | Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pflichtig | geb. am | | <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden | | |
| KVK-Daten Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum | | | | 1. Hauptleistung A) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation | | Datum T T M M J J J Behandlungsdaten |
| C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen | | | | <input checked="" type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige | | |
| voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung | | | | Dauerhafte Mobilitätseinschränkung <input checked="" type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) | | |
| 2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input checked="" type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs- wagen <input type="checkbox"/> Notarzt- wagen <input type="checkbox"/> andere | | | | Patient verwirrt, weglaufgefährdet Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Trage- stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere | | Arztstempel Unterschrift Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (10.2014) |
| Von Nach: <input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/> ja, folgende: | | | | Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: Rettsan | | |
| Wartezeit (Dauer): Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): | | | | | | |

Bsp 3: Patient aus Pflegeheim, Gebühr frei, Pflegegrad 5, Aspirationsgefahr, bettlägerig – Transport in Praxis – ohne Aspirationsgefahr wäre auch nur „Taxi“ + „liegend“ möglich! – beachte: gesonderten Transportschein für Rückfahrt

| | | | |
|---|--|--|--|
| Gebühr <input checked="" type="checkbox"/> frei Krankenkasse bzw. Kostenträger | | Verordnung einer Krankenbeförderung 4 | |
| Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ | | Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden | |
| KVK-Daten Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum | | 1. Hauptleistung A) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär | |
| | | B) ambulante Operation <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation | |
| C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____ | | Datum _____ Behandlungsdaten _____ <input checked="" type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige _____ Dauerhafte Mobilitätseinschränkung <input checked="" type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt Vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____ | |
| voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über _____ Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung _____ | | voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ | |
| 2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input checked="" type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs-wagen <input type="checkbox"/> Notarzt-wagen <input type="checkbox"/> andere _____ | | | |
| Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) _____ | | | |
| Absaugung notwendig Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trage-stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere _____ | | Arztstempel Unterschrift Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (10.2014) | |
| Von Nach <input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input checked="" type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____ | | | |
| Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: Rettsan <input type="checkbox"/> nein | | | |

Bsp 4: Patient zu Hause, Gebühr pflichtig, Z.n. Schlaganfall, im Rollstuhl (noch kein Pflegegrad festgestellt) – Transport in Praxis – beachte: gesonderten Transportschein für Rückfahrt

| | | | |
|---|--|--|--|
| Gebühr <input type="checkbox"/> frei Krankenkasse bzw. Kostenträger | | Verordnung einer Krankenbeförderung 4 | |
| Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ | | Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden | |
| KVK-Daten Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum | | 1. Hauptleistung A) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär | |
| | | B) ambulante Operation <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation | |
| C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____ | | Datum _____ Behandlungsdaten _____ <input checked="" type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige _____ Dauerhafte Mobilitätseinschränkung <input checked="" type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt Vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) Schlaganfall | |
| voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über _____ Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung _____ | | voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ | |
| 2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs-wagen <input type="checkbox"/> Notarzt-wagen <input checked="" type="checkbox"/> andere Rollstuhltaxi | | | |
| Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10) _____ | | | |
| Absaugung notwendig Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trage-stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere _____ | | Arztstempel Unterschrift Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (10.2014) | |
| Von Nach <input type="checkbox"/> Wohnung <input checked="" type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____ | | | |
| Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein | | | |