

Verordnung einer Krankbeförderung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
DAK GESUNDHEIT		
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann		geb. am
Manfred		01.01.66
Mustergasse 11		
12345 Musterstadt		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101367993	K152880572	1
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
081984800	930759303	16.06.17

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V

<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Versorgungsgeldern, (BVG u.a.)	<input type="checkbox"/> sonstiger Schaden
---	---	---	--

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

 Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär

B) ambulante Operation

 ambulante Operation gem. § 115b SGB V

 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Muster
ITW Transporte

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) **Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V hochfrequente Behandlung**

 gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)

 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

dauerhafte Mobilitätseinschränkung

 Merkzeichen "G", "H" oder "P" gemäß § 22 Abs. 2 SGB V zugeordnet

 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10)

 voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate

 ggf. Zeitraum der Serienverordnung:

 voraussichtliche Behandlungsdauer:

2. Beförderungsmittel

 Taxi, Mietwagen Krankentransportwagen Rettungswagen Nolarztwagen andere ITW

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD 10)

Mitralklappenersatz ICD-10: Z95.5

Medizin.-technische Ausstattung erforderlich:

 nein Tragesstuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere

Von Nach

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input checked="" type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer):		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege				

Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:

 nein ja, folgende: ITW
Arztüberwachung Vitalfunktion

Journalnummer hier!



Marktstr. 54
 3441 Bad Sachsa
 Tel: 0 55 23 959700
 Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes
 Muster 4.1/E (1C.2014)

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR. Y/9/1410/45/112

Genehmigung der Krankenkasse

 Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt
 Die Fahrt wird wie folgt genehmigt:
 Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird nicht genehmigt

Begründung

Datum:

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!
Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten

Die Krankbeförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zahlungsbefreiungsausweis vom

lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

01.01.17 *Unterschrift*

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers:

Zuzahlung:

Gesamt-Brutto:

Rechnungsnummer:

Belegnummer:

Positionsnummer	Faktor	km	Positionsnummer	Faktor	km
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Positionsnummer	Faktor	km	Positionsnummer	Faktor	km
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>