

Gisela Spitzlei

Verordnung einer Krankenförderung

Ist alles richtig?

Recht & Praxis
Personenverkehr

VOGEL 
VERLAG HEINRICH VOGEL

Krankenkasse bzw. Kostenträger Gebühr frei KK JUNGBRUNNEN		Verordnung einer Krankenförderung 4	
Gebührpflicht Name, Vorname des Versicherten OTTO NORMAL geb. am 01.01.1941 MEDIZINSTR. 1 11111 GESUNDHEITSDORF		Mitteilung von Krankheiten und dritiverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V ☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit ☐ Versorgungsleiden (BVG u.a.) ☐ sonstiger Schaden	
Kassen-Nr. 2345678	Versicherten-Nr. 987654321	Status 50001	1. Hauptleistung
Betriebsstätten-Nr. 190111100	Arzt-Nr. 123456701	Datum 10.10.2008	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
			Datum TT MM JJ Behandlungsdaten
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			☐ beim Vertragsarzt ☐ im Krankenhaus ☐ sonstige
			Dauerhafte Mobilitätseinschränkung Merkzeichen „aG“, „B1“, „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 ☐ Krankentransportwagen ☐ Rettungswagen ☐ Notarztwagen ☐ andere			
Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)			
Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: ☐ nein ☐ Tragestuhl ☐ Nicht umsetzbar aus Rollstuhl ☐ liegend ☐ andere			
Von Nach ☐ Wohnung ☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt ☐ Arztpraxis ☐ Wartezeit (Dauer): ☐ Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): ☐ Krankenhaus ☐ andere Beförderungsweg			Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: ☐ nein ☐ ja folgende:
			Dr. med. Allwissend Tumirgutstr. 2 11100 Geheilit
			Fachologe
			Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes
			Muster 4 (7/2008)

Gisela Spitzlei

Verordnung einer Krankenförderung

Ist alles richtig?

3. Auflage 2009

VOGEL 

VERLAG HEINRICH VOGEL

Autorin
Gisela Spitzlei
Geschäftsführerin
Abrechnungsstelle Spitzlei GmbH
31 Jahre Taxiunternehmerin in Kerpen
Vorsitzende des Landesausschusses
Krankenfahrten Fachvereinigung Personenverkehr Nordrhein
Vorsitzende des Ausschusses Krankenfahrten
beim Deutschen Taxi- und Mietwagenverband e.V. (BZP)

Quellennachweis:

Die Broschüre entstand unter Verwendung der entsprechenden Gesetzestexte des SGB V, Auszüge aus dem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 26.11.2003, der Spitzenverbände der Krankenkassen, dem zur Zeit gültigen Muster 4 der Verordnung einer Krankenförderung sowie aus 25 Jahren Erfahrung mit Abrechnungen von Krankenfahrten.

© 2006 Verlag Heinrich Vogel, in der Springer Transport Media GmbH
Neumarkter Straße 18, 81673 München

Die Springer Transport Media GmbH ist Teil der Fachverlagsgruppe
Springer Science+Business Media

3. Auflage 2009

Stand Juli 2009

Umschlaggestaltung: Bernd Walser
Lektorat: Ulrike Hurst
Herstellung: Markus Tröger
Satz: satz-studio gmbh, bäumenheim
Druck: Scheck KG, Haager Straße 7, 93155 Hemau

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Das Werk ist mit größter Sorgfalt erarbeitet worden. Eine rechtliche Gewähr für die Richtigkeit der einzelnen Angaben kann jedoch nicht übernommen werden.

ISBN 978-3-574-14552-0

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Einführung	4
1.1	Krankenfahrten	4
	Kostenübernahmeerklärung (Muster)	6
1.2	Erfassungsbeleg Institutionskennzeichen (Muster)	6
1.3	Was ist was wohin?	7
2.	Zuzahlungsregelungen	8
2.1	Zuzahlung je Fahrt	8
2.2	Belastungsgrenze	8
2.3	Überschreiten der Belastungsgrenze	8
2.4	Berechnung der Belastungsgrenze	8
3.	Fahrten zur ambulanten Behandlung	9
3.1.1	Fahrten zur Strahlen/Chemo-Behandlung	10
3.1.2	Fahrten zur Dialysebehandlung	11
3.2	Vergleichbarer Ausnahmefall	12
3.3	Dauerhafte Mobilitätseinschränkung	13
3.3.1	Blind, hilflos u.s.w.	14
3.3.2	Vergleichbare Mobilitätseinschränkung	15
4.	Rückseite der Verordnung	16
4.1	Muster für Serienfahrtenbestätigung	17
5.	Stationäre Leistungen	18
5.1	Fahrt zur / von stationären Behandlung	19
5.2	Verlegungsfahrt aus medizinischen Gründen	20
5.3	Fahrt zur vorstationären Behandlung	21
5.4	Fahrt zur nachstationären Behandlung	22
5.5	Fahrt zur ambulanten OP bzw. deren Vor-/Nachsorge	23
5.6	Fahrt zur ambulanten Krankenbehandlung, wenn stationär nicht möglich	24

1. Einführung

1.1 Krankenfahrten

Grundsätzlich kann jeder zugelassene Taxi- bzw. Mietwagenunternehmer diese Transporte durchführen. Hierzu ist keine zusätzliche Ausbildung erforderlich. Das eingesetzte Personal sollte jedoch in der Lage sein, die oft hierbei erforderlichen Hilfen zu erbringen, wie:

- Abholen an/in der Wohnung/Praxis
- Hilfe bei Ein-/Aussteigen
- Verladen von Rollstühlen, Gehfrei usw.

Ob ein Unternehmer die Krankenfahrten direkt mit der Krankenkasse abrechnen kann, liegt daran, ob er über Verträge mit den Krankenkassen verfügt. Die Fachverbände schließen für ihre Mitglieder Verträge mit den jeweiligen Krankenkassen ab. Hierbei ist dann je nach Bundesland nur noch die Zulassung zu diesen Verträgen zu beantragen. Dabei ist z.B. nachzuweisen, dass eine gültige Konzession vorhanden ist, dass die Fahrzeuge entsprechend versichert sind und eine Mitgliedschaft im Verband besteht. Wer nicht im Fachverband Mitglied ist, kann auch eigene Verträge abschließen. Es hat sich jedoch oft herausgestellt, dass diese Verträge schlechter dotiert sind. Es lohnt sich deshalb in jedem Fall, sich vor Abschluss von eigenen Verträgen entsprechend zu informieren. Für die Abrechnung mit den Krankenkassen ist dann noch das IK (Institutionskennzeichen) bei der **Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin** zu beantragen. Ein entsprechendes Antragsformular (siehe Muster S. 6) ist dort **unter Tel. (022 41) 2 31-12 75/-12 28/-12 74/-12 76/11 82/-11 83** oder **Fax (022 41) 93 42-2 75/-2 28/-2 74/-2 76/-1 82/-1 83** anzufordern.

Damit die Krankenkassen die Krankenfahrten auch bezahlen, müssen weitere Voraussetzungen vorliegen:

- Der Fahrgast muss eine vom Arzt unterschriebene „medizinische Notwendigkeitsbescheinigung für Krankenförderung“ (Muster 4) vorlegen. Es ist darauf zu achten, dass der Arzt diese Notwendigkeitsbescheinigung richtig ausfüllt, da sonst die Krankenkasse die Kostenübernahme verweigert. Diese notwendigen Fahrten werden auch bei Vorliegen der entsprechenden VO nur übernommen:
- Bei stationären Fahrten: Dies sind Fahrten zur und von der stationären Behandlung. Hierbei ist je Hin- bzw. Rückfahrt eine Zuzahlung von 10 %

des Fahrpreises, mindestens jedoch 5,00 €, höchstens 10,00 € vom Fahrgast einzuziehen, wenn dieser nicht über einen Ausweis der Zuzahlungsbefreiung verfügt. Achtung: der Befreiungsausweis muss nach dem 1.1.2004 ausgestellt sein. Alle alten Ausweise haben am 31.12.2003 ihre Gültigkeit verloren.

- Bei Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung sowie bei Fahrten nach § 115 a und § 115 b SGB V, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird oder nicht durchführbar ist (vor/nach stationärer Behandlung, ambulante OP). Hierbei ist als Zuzahlung für die erste bzw. letzte Fahrt jeweils 10 % des Einzelfahrpreises, jedoch mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 € zu zahlen. Ausnahme: der Fahrgast verfügt über einen nach dem 1.1.2004 ausgestellten Zuzahlungsbefreiungsausweis.
- Bei Fahrten zur med. Rehabilitation und anderen Reisekosten nach § 53 des neunten Buches (§ 60, Absatz 5 SGB V).

Diese Fahrten sind auch nicht genehmigungspflichtig.

Bei ambulanten Fahrten ist zusätzlich zur med. Notwendigkeitsbescheinigung auch die Genehmigung der Krankenkasse für die verordnete Fahrt erforderlich. Hierbei ist darauf zu achten, dass in der Genehmigung Hin- und/oder Rückfahrt sowie Fahrziel aufgeführt sind. Die Genehmigungen berechtigen den Patienten nicht grundsätzlich zur Inanspruchnahme aller medizinisch notwendigen Fahrten. Es kann sein, dass nur bestimmte Fahrten (z.B. Dialyse, Strahlen, Chemo) genehmigt sind, alle anderen anfallenden Fahrten jedoch trotz medizinischer Notwendigkeit nicht von der Krankenkasse genehmigt und daher auch nicht bezahlt werden. Auch der Zuzahlungsbefreiungsausweis ist kein Grund für die Kostenübernahme der verordneten Fahrt durch die Krankenkasse. Wie der Name ja ausdrücklich aussagt, ist der Patient nur von der ZUZAHLUNG befreit. Bei einer Fahrt die mangels Genehmigung überhaupt nicht von der Krankenkasse gezahlt werden muss, kann also auch keine Zuzahlung anfallen. Wo keine Zuzahlung anfällt ist eine Befreiung unerheblich.

● Zuzahlungsbefreiung

Diese wird nach Erreichen der Zuzahlungshöchstgrenze, die sich nach dem

1.1 Kostenübernahmeerklärung (Muster)

Beförderungsbetrieb:

Vollständiger Vorname und Name des Fahrgasts: _____

Straße und Hausnummer: _____

Wohnort: _____

Kostenträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Mir ist bekannt, dass ambulante Krankenfahrten genehmigt werden müssen. Sollte(n) die von mir in Anspruch genommene(n) Fahrt(en) von dem auf der Verordnung genannten Kostenträger nicht oder nicht vollständig übernommen werden, geht die Rechnung über den nicht ausgeglichenen Betrag zu meinen Lasten und ist mit einer Frist von 8 Tagen nach Rechnungsstellung zu begleichen. Eventuelle eigene Ansprüche gegen meinen Kostenträger bleiben hiervon unberührt.

Diese Erklärung gegenüber dem Beförderungsbetrieb gilt auch für alle zukünftig verordneten ambulanten Krankenfahrten mit diesem Betrieb.

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Fahrgasts: _____

1.2 Erfassungsbeleg Institutionskennzeichen (Muster)

Erfassungsbeleg Institutionskennzeichen

Bitte die umstehenden Hinweise zur Ausfertigung sorgfältig beachten!

Anschrift		Absender	
		Telefon-Nr.:	
		Fax-Nr.:	

Institutionskennzeichen		Gültig ab		Antrag auf		Vergabe - 1		Anrede		Frau - 1	
Klass.	Reg.Ber.	Serien-Nr.	PZ	Tag	Mon.	Jahr	☐	Änderung - 2	☐	Herr - 2	
								Stilllegung - 3		keine - 9	

Zeile 1 Familienname / Firmenname

Zeile 2 Vorname / Fortsetzung Firmenname

Zeile 3 Titel / Fortsetzung Firmenname

Zeile 4 Ergänzung zum Namen (Branchenbezeichnung)

Zeile 5 Straße, Hausnummer

Zeile 6 Land Postleitzahl Ort

Zeile 7 Postfach

Zeile 8 Land Postleitzahl Ort

Zeile 9 Bankleitzahl Kontonummer

Zeile 10 Bezeichnung des Geldinstituts, Ort

Zeile 11 Name(n) des (der) Kontoinhaber(s)

Wurde früher schon ein Institutionskennzeichen beantragt?
Wenn ja, bitte den jetzigen Antrag begründen.

nein ☐

ja ☐

bereits zugeteiltes IK

Der Inhalt des Merkblatts zum Institutionskennzeichen ist mir bekannt.

Datum

Unterschrift

1.3 Was ist was wohin?

Wichtig welche:

z. B.: AOK Rheinland,
LKK Saarland, BKK
Forum, IKK Hamburg,
DAK München, TKK
Stuttgart, Ha Mü Berlin,
BU knapp Siegen, Bau
BG Wuppertal

Wohnsitz
Abfahrt/Zielort
Wenn von anderer Stelle
befördert s. Beispiel

IK der Krankenkasse

V-Arzt Nr.

siehe Fahrten zur
ambulanten Strahlen/
Chemo/Dialyse-
behandlung
Seite 10 u. 11

Siehe Fahrten zur
ambulanten Behandlung
Ausnahmefälle
Seite 12

Transportmittel
ggf. Zusatz:
z. B. mit Rollstuhl,
liegend
BTW / Rollstuhlbus,
Treppensteiger usw.

von wo - nach wo

Achtung: genaue Bezeichnung der
Kassen unbedingt notwendig: AOK,
LKK, BKK, IKK usw. reicht nicht aus

Ausstellungs-
datum
der VO

Bei zwingend **medizinischer** Notwendigkeit auszu-
stellen. Kostenübernahme wird im SGB V geregelt

Verordnung einer Krankenförderung

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 29a SGB V

☐ Unfall, ☐ Arbeitsunfall, ☐ Versorgungsleiden ☐ sonstiger Schaden

☐ Berufskrankheit ☐ (BVG u.a.)

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

☐ Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär

☐ Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

☐ beim Vertragsarzt ☐ im Krankenhaus ☐ sonstige

B) ambulante Operation

☐ ambulante Operation gem. § 115b SGB V

☐ Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum:

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung

☐ gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)

☐ vergleichbarer Ausnahmefall wegen

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: ☐ X pro Woche über Monate

ggf. Zeitraum der Seitenverordnung:

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 ☐ legend ☐ andere

Von ☐ Nach ☐ Wohnung ☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt ☐ nein ☐ ja folgende:

☐ Arztpraxis ☐ Wartezeit (Dauer): Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

☐ Krankenhaus ☐ andere Beförderungswege

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: ☐ nein ☐ ja folgende:

Dr. med. Allwissend
Tumirgutstr. 2
11100 Geheilt

Fachologe

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

(Muster 4 V 2008)

4
Sonderfälle
s. weitere Beispiele

Siehe Fahrten zur
ambulanten OP bzw.
vor/nach bzw. statt
stationäre Behandlung
Seite 19–24

Siehe Fahrten zur
ambulanten Behandlung
Schwerbehindertenaus-
weis Seite 14

Siehe Fahrten zur
ambulanten Behandlung
sonstige Mobilitätsein-
schränkung Seite 15

Mitglieds-Nr. des Patienten
bei der Krankenkasse.
Patienten können dadurch
als Versicherte leichter
ermittelt werden.

Status = Aktiver,
Rentner,
Familienangehöriger,
Ost, West

Die VO ausstellender Arzt

Achtung:
nur mit Unterschrift des
Arztes gültig.
Nicht i.A. oder i.V.

3.1.1 Fahrten zur ambulanten Strahlen-/Chemo-Behandlung

Patient befreit

Achtung: Ausweis kontrollieren, da Angaben fehlerhaft, z.B. *Kinder, oft angekreuzt, jedoch nicht grundsätzlich frei.* Überprüfte Angaben auf Rückseite der VO überprüfen!

Patient nicht befreit

Achtung: bei Patient Angaben nachfragen, ggf. doch befreit. Ohne Kreuz: Frei-Ausweis erfragen

Arzt entscheidet, welches Transportmittel verwendet wird.

ggf. Zusatz:
z.B. mit Rollstuhl, liegend statt KTW, BTW / Rollstuhlbus, Treppensteiger usw.

Ausstellungsdatum

Achtung:

Wenn Ausstellungs- und Fahrdatum nicht gleich sind, vom Arzt bestätigen lassen.
z.B.: für den 17.10.08

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger KK JUNGBRUNNEN		Verordnung einer Krankentransportbeförderung 4	
Gebühr pflicht		Name, Vorname des Versicherten OTTO NORMAL geb. am MEDIZINSTR. 1 01.01.1941 11111 GESUNDHEITSDORF		Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V ☐ Unfall, ☐ Arbeitsunfall, ☐ Versorgungsleiden ☐ sonstiger Schaden ☐ Unfallfolgen ☐ Berufskrankheit ☐ (BVG u.a.)	
Kassen-Nr. 2345678	Versicherten-Nr. 987654321	Status 50001	1. Hauptleistung A) im Krankenhaus ☐ Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär ☐ Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär		
Betriebsstätten-Nr. 190111100	Arzt-Nr. 123456701	Datum 10.10.2008	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 Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung ☒ gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) ☐ vergleichbarer Ausnahmefall wegen			Datum T T M M J J J Behandlungsdaten		
Dauerhafte Mobilitätseinschränkung ☐ Merkzeichen „aG“, „B“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt ☐ vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)			beim Vertragsarzt ☐ im Krankenhaus ☐ sonstige		
voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <u>3</u> X pro Woche über <u>4</u> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung <u>ab 10.10.2008</u>			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			Dr. med. Allwissend Tumirgutstr. 2 11100 Geheilt		
Von	Nach	Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: ☐ nein ☐ ja folgende:		Fachloge	
☒ Wohnung	☒ Hinfahrt	☒ Rückfahrt		Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes	
☒ Arztpraxis	Wartezeit (Dauer):		Muster 4 (7.2008)		
☐ Krankenhaus	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):				
☐ andere Beförderungsmittel					

Die einzelnen Fahrtage sind auf der Rückseite der VO oder auf einer gesonderten Aufstellung aufzulisten. Diese sind vom Patienten je Tag mit Unterschrift zu bestätigen. Je nach Krankenkassenvertrag auch vom Behandler zu bestätigen.

Zuzahlung je Fahrt wenn keine Befreiung vorliegt!

Einige Krankenkassen gewähren noch Zuzahlungen nur für die erste bzw. letzte Fahrt, daher ggf. auf Text im Genehmigungsschreiben achten.

Achtung: Genehmigung erforderlich!

Ohne Genehmigung auch bei Zuzahlungsbefreiung keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse

4.1 Muster für eigene Unterschriftenliste bei Serienfahrten

Die einzelnen Fahrtage sind auf der Rückseite der VO oder auf einer gesonderten Aufstellung aufzulisten. Diese sind vom Patienten je Tag mit Unterschrift zu bestätigen. Je nach Krankenkassenvertrag auch vom Behandler zu bestätigen!

Hier unbedingt Fahrdatum sowie Fahrstrecke, Hin- und / oder Rückfahrt angeben

Hier wenn möglich die Bestätigung des Behandlers

TAXI/MIETWAGEN SERIENFAHRTENBESTÄTIGUNG					
OTTO NORMAL		geb.			
MEDIZINSTR. 1		01.01.1941			
Name des Pat.: 11111 GESUNDHEITSDORF					
Kasse: KK JUNGBRUNNEN					
Anlage zum Transportschein vom: 10. 10. 08					
Nr.	Datum	Fahrstrecke	Hinf.	Rückf.	Unterschrift d. Patienten
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Arzt oder Behandler

Unterschrift des Patienten

Bitte unbedingt darauf achten, dass möglichst je Tag unterschrieben ist, da immer mehr Krankenkassen und deren Abrechnungszentren sonst die Zahlung verweigern.

5.4 Fahrt zur nachstationären Behandlung

längstens 7 Tage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung

Achtung:

Wenn Ausstellungs- und Fahrdatum nicht gleich sind, vom Arzt bestätigen lassen.
z.B.: für den 17.10.08

Wichtig!

Bei nachstationärer Behandlung ist vom Arzt das Entlassungsdatum anzugeben

Patient befreit

Achtung: Ausweis kontrollieren, da Angaben fehlerhaft, z.B. *Kinder, oft angekreuzt, jedoch nicht grundsätzlich frei.* Überprüfte Angaben auf Rückseite der VO überprüfen!

Patient nicht befreit

Achtung: bei Patient Angaben nachfragen, ggf. doch befreit. Ohne Kreuz: Frei-Ausweis erfragen

Arzt entscheidet, welches Transportmittel verwendet wird.

ggf. Zusatz:
z.B. mit Rollstuhl, liegend statt KTW, BTW / Rollstuhlbus, Treppensteiger usw.

Krankenkasse bzw. Kostenträger KK JUNGRUNNEN	
Name, Vorname des Versicherten OTTO NORMAL	geb. am 01.01.1941
MEDIZINSTR. 1 11111 GESUNDHEITSDORF	
Kassen-Nr. 2345678	Versicherten-Nr. 987654321
Status 50001	Datum 10.10.2008
Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: Hochfrequente Behandlung	Behandlungsdaten 2.10.08
☐ gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)	☐ im Krankenhaus
☐ vergleichbarer Ausnahmefall wegen	☐ Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)	☐ beim Vertragsarzt
☐ im Krankenhaus	☐ sonstige
Dauerhafte Mobilitätseinschränkung	☐ Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
☐ vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)	
2. Beförderungsmittel ☒ Taxi, Mietwagen	☐ Kranken-transportwagen
☐ Rettungswagen	☐ Notarztwagen
☐ andere	
Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)	
Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: ☐ nein ☐ Tragestuhl ☐ Nicht umsetzbar aus Rollstuhl ☐ liegend ☐ andere	Gute Hoffnung KH Sonnenscheinstr.
Von Nach ☒ Wohnung ☒ Arztpraxis ☒ Krankenhaus	11001 Fröhlichdorf Dr. XY
☐ andere Beförderungswege	Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (7/2008)

Ist nicht das nächst erreichbare Krankenhaus gemeint, so ist unter „andere Beförderungswege“ der Name der Klinik anzugeben.

Fahrdatum und Fahrstrecke auf Rückseite von VO unbedingt vom Patienten mit Unterschrift bestätigen lassen!

Da stationäre Kosten erspart bleiben, Zuzahlung nur für 1. bzw. letzte Fahrt fällig, wie bei stationärer Behandlung, wenn keine Befreiung vorliegt.

längstens 7 Tage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung.

Kann nur in medizinisch begründeten Einzelfällen (z.B. schlechte Wundheilung) verlängert werden.