

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger 2	Verordnung einer Krankbeförderung 1		4
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten geb. am	Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	1. Hauptleistung 4 A 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 4 B T T M M J J Behandlungsdaten Behandlungsdaten	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum 3	C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) <input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V: 4 C Hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung Dauerhafte Mobilitätseinschränkung <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) voraussichtliche Behandlungsdauer:	
2. Beförderungsmittel 5		<input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input 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)		
Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Trage-stuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; text-align: center; vertical-align: middle;"> 7 Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (7.2004) </div>		
Von Nach <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Wartezeit (Dauer): <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): <input type="checkbox"/> andere Beförderungsmittel				

Vorderseite

- 1** **Transportschein muss original sein.**
Kopien werden nicht anerkannt. Der Schein muss auf jeden Fall in der Zentrale abgegeben werden.
- 2** **Kostenträger muss eingetragen sein.**
Abgerechnet wird mit den gesetzlichen Krankenkassen und den Berufsgenossenschaften. Bei Verlegungsfahrten (Fahrten zu einer weiteren Untersuchung beim Arzt oder im Krankenhaus) ist der Kostenträger das Krankenhaus, welches den Schein ausgestellt hat. Bei privaten Krankenversicherungen müssen die Patienten gegen Quittung den gesamten Fahrpreis bar bezahlen. Den Transportschein behält in diesem Fall der Privatpatient.
- 3** **Ausstellungsdatum muss original eingetragen sein.**
Es spielt keine Rolle, wenn das Datum älter als der Tag der Fahrt ist.
- 4** **Die Art der Behandlung (Hauptleistung) muss angekreuzt sein.**
 - A** Entweder erfolgt die Fahrt vor oder nach einer stationären Behandlung: Hauptleistung im Krankenhaus
 - B** Oder sie erfolgt nach einer ambulanten Operation: Hauptleistung ambulante Operation
 - C** darf nur angekreuzt sein, wenn die Genehmigung der Krankenkasse auf der Rückseite eingetragen ist oder als Genehmigungsschreiben vorliegt.
- 5** **Taxi muss angekreuzt sein**
- 6** **Die Wegstrecke von – nach muss angekreuzt sein.**
- 7** **Stempel und Unterschrift vom Arzt muss eingetragen sein.**

Genehmigung der Krankenkasse

Die Fahrt / Serienverordnung wird genehmigt

Die Fahrt wird wie folgt genehmigt: _____

Die verordnete Fahrt / Serienverordnung wird **nicht** genehmigt

Begründung _____

Datum T T M M J J

8

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
	9			10

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Empfangsbestätigung durchgeführt.

Gültiger Zahlungsbefreiungsausweis vom

T T **11** J J lag vor.

Datum und Unterschrift des Leistungserbringers

12

Abrechnungsdaten des Leistungserbringers

IK des Leistungserbringers	Zuzahlung 13	Gesamt-Brutto 14	Positionsnummer	Faktor	km 15	Positionsnummer	Faktor	km
Rechnungsnummer			Positionsnummer	Faktor	km	Positionsnummer	Faktor	km
Belegnummer								

Rückseite

- 8** Unterschrift und Stempel muss von der Krankenkasse eingetragen sein, wenn es sich um eine **ambulante Behandlung C) bei einem niedergelassenen Arzt** handelt. Möglich ist auch eine Genehmigung der Krankenkasse auf einem Schreiben, welches aber mit abgegeben werden muss.
- 9** **Datum und Fahrtstrecke muss vom Fahrer eingetragen werden.**
- 10** **Unterschrift des Fahrgastes muss original eingetragen sein.**
- 11** Bei Vorlage eines **Befreiungsausweises** muss entweder das Ausstellungsdatum oder das Ablaufdatum eingetragen werden. In diesem Fall muss der Patient nichts bezahlen.
- 12** Hier muss der Taxifahrer das **Datum der Fahrt und seine Unterschrift** eintragen.
- 13** Hat der Patient keinen Befreiungsausweis, muss hier sein gezahlter **Eigenanteil** eingetragen werden. Bis zu einem Fahrpreis von 50 € beträgt der Eigenanteil 5 €, zwischen 50 € und 100 € beträgt er 10 % des Fahrpreises über 100 € immer 10 €. **Kein Eigenanteil** muss bei Verlegungen in andere Kliniken, Fahrten für Berufsgenossenschaften und das Sozialamt gezahlt werden.
- 14** In dieses Feld muss der **Fahrpreis entsprechend Rahmenvertrag** eingetragen werden.
- 15** In diesem Feld müssen die **Kilometer** (bei Fahrten entsprechend Rahmenvertrag ohne Taxameter) eingetragen werden.