

# Verordnung einer Krankbeförderung

## 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

Datum:   
 Behandlungsdaten:

beim Vertragsarzt  
  im Krankenhaus  
  sonstige

Gebühr frei			Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>Krankenkasse</b>		
Gebühr pflicht.			Name, Vorname des Versicherten <b>Mustermann, Max</b>		
			geb. am <b>12.12.1919</b>		
			Musterdamm 12a 12345 Berlin		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
<b>109876543</b>	<b>A123456790</b>	<b>5000 1</b>			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
<b>721234500</b>	<b>987654321</b>	<b>1.5.2015</b>			

### C) ambulante Behandlung

#### 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

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt  
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz:  X pro Woche über  Monate  
 voraussichtliche Behandlungsdauer:

ggf. Zeitraum der Serienverordnung:

### 2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen  
  Krankentransportwagen  
  Rettungswagen  
  Notarztwagen  
  andere

#### Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

den Transport begründende Diagnose immer eintragen!

#### Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

nein  
  Tragestuhl  
  Nicht umsetzbar aus Rollstuhl  
  liegend  
  andere

#### Von Nach

Wohnung  
  Arztpraxis  
  Krankenhaus  
  andere Beförderungswege

Hinfahrt  
  Rückfahrt  
  Wartezeit (Dauer):   
 Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):

#### Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein  
  ja, folgende: **z.B. fachliche Lagerung, O<sub>2</sub>-Gabe, VZK**

# MUSTER

für Fahrten zur ambulanten Behandlung

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

