

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK			<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">4</div> <h2 style="text-align: center; margin: 0;">Verordnung einer Krankenförderung</h2> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z. B. BVG) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt </div>
Name, Vorname des Versicherten Krause, Sofie Winzerweg 12 99999 Unterfelden <div style="float: right; text-align: right;"> geb. am 25.09.1984 </div>			
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. H771775778	Status 1	
Betriebsstätten-Nr. 619535400	Arzt-Nr. 260113555	Datum 04.11.	

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☒ **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung** ☒ **vor-/nachstationäre Behandlung**

b) ☐ **ambulante Behandlung** bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW unter f) zu verordnen)**

c) ☐ **anderer Grund**, z. B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) ☐ **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) ☐ **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)**

f) ☐ **anderer Grund, der Fahrt mit KTW**, z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom / am 2410 / x pro Woche, bis voraussichtlich 0711

Behandlungsstätte (Name, Ort)
Krankenhaus Oberfelden, Chirurgische Abteilung

3. Art und Ausstattung der Beförderung

☒ Taxi / Mietwagen

☐ KTW, da medizinisch fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig wegen _____

☐ RTW ☐ NAW / NEF ☐ andere _____

☐ Rollstuhl

☐ Tragestuhl

☐ liegend

4. Begründung (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

stationärer Aufenthalt wegen Hand-OP 25. – 28.10.
vorstationäre Behandlung am 24.10. + nachstationäre Behandlungen am 29.10., 31.10., 02.11. und 07.11.

Krankenhaus Oberfelden
 Dr. med. S. Gutekunst
 Chirurgische Abteilung
 99977 Oberfelden
 Tel. 09999/567789
 IK 260113555
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 4 (7/2020)

Zuzahlungs- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">4</div> <h2 style="text-align: center; margin: 0;">Verordnung einer Krankenförderung</h2> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z. B. BVG) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; display: flex; justify-content: space-between;"> <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt </div>						
Zuzahlungs- frei	Name, Vorname des Versicherten Kuhn, Jürgen Weinsteige 2 99999 Unterfelden <div style="float: right; text-align: right;"> geb. am 17.02.1957 </div>							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kostenträgerkennung 8017779</td> <td style="width: 33%;">Versicherten-Nr. H771987778</td> <td style="width: 33%;">Status 1</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr. 619545600</td> <td>Arzt-Nr. 260167955</td> <td>Datum 16.01.</td> </tr> </table>		Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. H771987778	Status 1	Betriebsstätten-Nr. 619545600	Arzt-Nr. 260167955	Datum 16.01.
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. H771987778		Status 1					
Betriebsstätten-Nr. 619545600	Arzt-Nr. 260167955	Datum 16.01.						

5. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung**

b) ☐ **ambulante Behandlung** bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW unter f) zu verordnen)**

c) ☐ **anderer Grund**, z. B. Fahrten zu Hospizen: _____

☐ **vor-/nachstationäre Behandlung**

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) ☒ **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) ☐ **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate** (Begründung unter 4. erforderlich)

f) ☐ **anderer Grund, der Fahrt mit KTW**, z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und 4. erforderlich)

6. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom / am 180123 / 3 x pro Woche, bis voraussichtlich 100223

Behandlungsstätte (Name, Ort)
Krankenhaus Oberfelden, Onkologische Abteilung

7. Art und Ausstattung der Beförderung

☒ Taxi / Mietwagen

☐ KTW, da medizinisch fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig wegen _____

☐ RTW ☐ NAW / NEF ☐ andere _____

☐ Rollstuhl

☐ Tragestuhl

☐ liegend

8. Begründung (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Krankenhaus Oberfelden
 Dr. med. A. Heilgut
 Onkologische Abteilung
 99977 Oberfelden
 Tel. 09999/567789
 IK 260113555
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 4 (7/2020)