

Entlassungsfahrt: Fahrt nach Entlassung von stationärem Aufenthalt aus Reha oder Krankenhaus (VORDERSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
	Name Krankenkasse	
Zuzahlungs-frei	Name des Versicherten	
	Name & Anschrift	geb. am
		Geburtsdatum
Kostenträgerkennung		Status
Versicherten-Nr. Versichertennummer		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

oder

Hinfahrt Rückfahrt

Bitte auswählen

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 ist unter f) zu verordnen)
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt 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 für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist **oder** Tragstuhl

liegend

RTW NAW/NEF andere _____

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

Stempel
Entlassungsklinik &
Unterschrift Arzt*in

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Entlassungsfahrt: Fahrt nach Entlassung von stationärem Aufenthalt aus Reha oder Krankenhaus (RÜCKSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
<input type="text" value="Datum eintragen"/>	von Start nach Ziel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschrift
TTMMJJ	von	Unterschrift durch den Patienten ODER "im Auftrag"		
	nach			
TTMMJJ	von	Besonderheit bei Krankenkassen TK, IKK Südwest, BKK VBU: "Im Auftrag Betreuer"		
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ambulante Fahrt: Fahrt zur Behandlung im Krankenhaus oder beim Arzt, Rückkehr findet am selben Tag statt (VORDERSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Zuzahlungspflichtig	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahlungsfrei	Name Krankenkasse	
	Name des Versicherten	
Name & Anschrift		geb. am Geburtsdatum
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Versichertennummer		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung einer Krankenförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

Beides ankreuzen

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“ beeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Ta**
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

vor-/nachstationäre Behandlung

Sonderfall (eher selten):

- **Nachstationär:**
Ambulanter Termin nicht länger als 14 Tage nach Krankenhausaufenthalt
- **Vorstationär:**
Ambulanter Termin nicht länger als 14 Tage vor Krankenhausaufenthalt
- Beides auch ohne Pflegestufe

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

- d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie
- e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung **ver** mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **T T M M J J** / x pro Woche, bis voraussichtlich **T T M M J J**
Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig **oder** Tragestuhl

RTW NAW/NEF andere liegend

Stempel Klinik & Unterschrift Arzt*In

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ambulante Fahrt: Fahrt zur Behandlung im Krankenhaus oder beim Arzt, Rückkehr findet am selben Tag statt (RÜCKSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführte

Beides ankreuzen

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum eintragen	von Start nach Ziel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift
T T M M J J	von			Unterschrift durch den Patienten ODER "im Auftrag"
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von			Besonderheit bei Krankenkassen TK, IKK Südwest, BKK VBU: "Im Auftrag Betreuer"
T T M M J J	nach			
T T M M J J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja

Datum
T T M M J J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
Positionsnummer	Anzahl	km
Positionsnummer	Anzahl	km

Onkologische Fahrt: Fahrt zur Chemotherapie ins Krankenhaus und wieder zurück
(VORDERSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger Bitte angeben Name Krankenkasse	
Zuzahlungs-frei	Name & Anschrift geb. am Geburtsdatum	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr. Status
Versichertennummer		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

- Hinfahrt Rückfahrt

Beides ankreuzen

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 ist unter f) zu verordnen)
c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt 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 für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl
 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist Tragstuhl
 liegend
oder
 RTW NAW/NEF andere

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

Stempel Klinik & Unterschrift Arzt*In

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Onkologische Fahrt: Fahrt zur Chemotherapie ins Krankenhaus und wieder zurück
(RÜCKSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten

Hin- und Rückfahrt ankreuzen

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum eintragen	von Start	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift
	nach Ziel			
TTMMJJ	von	Unterschrift durch den Patienten ODER "im Auftrag"		
	nach			
TTMMJJ	von	Besonderheit bei Krankenkassen TK, IKK Südwest, BKK VBU: "Im Auftrag Betreuer"		
	nach			
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Ambulance Mobil 24

**Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de**

Konsilfahrt Krankenhaus/Krankenhaus & Krankenhaus/Arzt: Fahrt vom Krankenhaus zur Behandlung bei einem Arzt oder in einem anderem Krankenhaus. Nach der Behandlung wieder Rückfahrt zum Krankenhaus. (VORDERSEITE)

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger bitte Name Krankenkasse angeben
Zuzahlungs-frei	Name des Versicherten geb. am Name & Anschrift Geburtsdatum
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Versichertennummer
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

Beides ankreuzen

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 ist unter f) zu verordnen)**
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt 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 für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

<input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere	

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

Stempel Klinik &
Unterschrift Arzt*In

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Konsilfahrt Reha (Lohrey BSS/Mediclin Bad Orb):
 Fahrt zwischen Krankenhaus und Reha-Einrichtung (VORDERSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
 oder www.ambulancemobil24.de

Zuzahlungs-pflicht **bitte** Krankenkasse bzw. Kostenträger
angeben Name Krankenkasse

Zuzahlungs-frei Name des Versicherten

Name & Anschrift Geburtsdatum geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
 Versichertennummer

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

Beides ankreuzen

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen **vor-/nachstationär ankreuzen oder Pflegegrad bei 1b) ankreuzen** mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (KW ist unter f) zu verordnen)

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

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt 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 für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **T T T T M J J J** / x pro Woche, bis voraussichtlich **T T T M M J J J**

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist **oder** Tragestuhl

RTW NAW/NEF andere liegend

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

Stempel Klinik & Unterschrift Arzt*In

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Konsilfahrt Reha (Lohrey BSS/Mediclin Bad Orb):
 Fahrt zwischen Krankenhaus und Reha-Einrichtung (RÜCKSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
 oder www.ambulancemobil24.de

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum eintragen	von Start nach Ziel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschrift durch den Patienten ODER "im Auftrag".
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besonderheit bei Krankenkassen TK, IKK Südwest, BKK VBU: "Im Auftrag Betreuer"
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja Datum

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dialysefahrt: Fahrt zur Dialyse und wieder zurück (VORDERSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<p>Verordnung einer Krankenförderung 4</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt</p> <p>Beides ankreuzen</p>
Zuzahlungs-frei	Bitte auswählen Name Krankenkasse Name des Versicherten	
	Name & Anschrift geb. am Geburtsdatum	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Versichertennummer Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	
<p>1. Grund der Beförderung</p> <p>Genehmigungsfreie Fahrten</p> <p>a) <input checked="" type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)</p> <p>c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. <input type="text"/> Fahrten zu Hospizen: <input type="text"/></p> <p>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</p> <p>d) <input checked="" type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)</p>		
<p>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</p> <p>vom/am <input type="text"/> Datum / <input checked="" type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text"/> Datum</p> <p>Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/> Dialyse eintragen</p>		
<p>3. Art und Ausstattung der Beförderung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl</p> <p><input type="text"/> oder <input checked="" type="checkbox"/> liegend</p> <p><input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/></p>		
<p>4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)</p> <p><input type="text"/></p>		<p>Stempel Klinik & Unterschrift Arzt*In</p> <p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>

Dialysefahrt: Fahrt zur Dialyse und wieder zurück (RÜCKSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
<input type="text" value="Datum eintragen"/>	von Start	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift
	nach Ziel			
TTMMJJ	von			Unterschrift durch den Patienten ODER "im Auftrag"
	nach			
TTMMJJ	von			Besonderheit bei Krankenkassen TK, IKK Südwest, BKK VBU: "Im Auftrag Betreuer"
	nach			
TTMMJJ	von			Bei einem Dialysepatienten benötigt man die Genehmigung einmalig. Die Genehmigung gilt für einen Zeitraum, bspw. ein Jahr. Man erhält dann monatlich eine Bescheinigung vom Dialysezentrum. Bei Dialysefahrten ist dann ein 24er- Schein auszufüllen.
	nach			
TTMMJJ	von			
	nach			
TTMMJJ	von			
	nach			
TTMMJJ	von			
	nach			
TTMMJJ	von			
	nach			

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja

Datum
TTMMJJ

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	Zuzahlung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positionsnummer	Anzahl	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ZNA-Fahrt: Abholung aus der Notaufnahme (VORDERSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40
oder www.ambulancemobil24.de

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- Unfall, Unfallfolge
- Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- Hinfahrt Rückfahrt

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahlungs-frei	Name Krankenkasse	
	Name des Versicherten	
Name & Anschrift		geb. am
Geburtsdatum		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Versichertennummer		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Rückfahrt ankreuzen

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

- a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, „Pf“, „se“, „S“, „T“, „U“, „V“, „W“, „X“ (Begründung unter 4, erforderlich) vor-/nachstationär ankreuzen oder Pflegegrad unter 1 b) angeben
- c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt 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 für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4, erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

- Taxi/Mietwagen Rollstuhl
- KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig Tragestuhl
- _____ liegend
- RTW NAW/NEF andere _____

Stempel Klinik & Unterschrift Arzt*In

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

ZNA-Fahrt: Abholung aus der Notaufnahme (RÜCKSEITE)



Ambulance Mobil 24

Fahrten buchen unter 069 401 481 40 oder

www.ambulancemobil24.de

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführ

Rückfahrt ankreuzen

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum eintragen	von <u>Start</u> nach <u>Ziel</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschrift durch den Patienten ODER "im Auftrag"
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besonderheit bei Krankenkassen TK, IKK Südwest, BKK VBU: "Im Auftrag Betreuer"
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTMMJJ	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja

Datum
TTMMJJ

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Gesamt-Brutto

Rechnungsnummer

Zuzahlung

Positionsnummer

Anzahl km

Positionsnummer

Anzahl km