

Fahrt zur Behandlung im Krankenhaus / beim Arzt, Rückkehr am selben Tag

Zuzahlungspflicht Krankenkasse: Name der Krankenkasse

Zuzahlungsfrei Name: geb. am:

Anschrift: geb. Datum:

Kostenträgerkennung: Versicherten-Nr.: Status:

Versichertennummer:

Ordnungsb.-Nr.: Arzt-Nr.: Datum:

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

Zuzahlung prüfen

beides

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 Tragestuhl liegend

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

RTW NAW/NEF andere

oder

Stempel

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

Unterschrift Arzt*in

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung einer Krankenbeförderung · Art.-Nr. 83 202 504
BEYCODENT-VERLAG · 57562 Herdorf · Tel. 02744 92000 (4.2020)

Ambulante Fahrt

24

Fahrt zur Behandlung im Krankenhaus / beim Arzt, Rückkehr am selben Tag

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)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum	Start <input type="text"/> Ziel <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift Patient*in
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

beides

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:

Rechnungsnummer: Zuzahlung:

Positionsnummer: Anzahl: km: Positionsnummer: Anzahl: km:

Fahrten buchen: 069 40 14 8 14 0 | www.ambulancemobil24.de

Fahrten buchen: 069 40 14 8 14 0 | www.ambulancemobil24.de

Zuzahlungspflicht

Name der Krankenkasse

geb. am

Anschrift

geb. Datum

Versichertennummer

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

beides

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

Behandlung (Name, Ort)

Datum **Anzahl** **Datum**

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl

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

RTW NAW/NEF andere liegend

oder **Stempel**

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

Unterschrift Arzt*in

Stempel

Verordnung einer Krankenbeförderung · Art.-Nr. 83 202 504
BEYCODENT-VERLAG · 57562 Herdorf · Tel. 02744 92000 (4.2020)

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)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum	Start Ziel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift Patient*in
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"/>	

beides

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	Positionsnummer Anzahl km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zuzahlungs-pflicht

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name der Krankenkasse

Zuzahlungs-frei

Name, Vorname des Versicherten

Name geb. am

Anschrift geb. Datum

Kostenträgererkennung

Versicherten-Nr. Status

Versichertennummer

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

beides

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 vorraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl liegend

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

RTW NAW/NEF andere _____

oder

Stempel

Unterschrift Arzt*in

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung einer Krankenbeförderung · Art.-Nr. 83 202 504
 BEYCODENT-VERLAG · 57562 Herdorf · Tel. 02744 92000 (4.2020)

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)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum	von Start Ziel	X	X	Unterschrift Patient*in
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

beides

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	Positionsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Anzahl	km	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Fahrt zwischen KH und Reha

Fahrt zwischen KH und Reha

Zuzahlungs-pflicht Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name der Krankenkasse

Zuzahlungs-frei Name, Vorname des Versicherten
Name geb. am
Anschrift geb. Datum

Kostenträgererkennung Versicherten-Nr. Status
Versichertennummer

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen vor-/ nachstationär oder Pflegegrad bei 1b ankreuzen

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

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

d) hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)

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 TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragstuhl liegend

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

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)

Unterschrift Arzt*in

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Verordnung einer Krankenbeförderung · Art.-Nr. 83 202 504
BEYCODENT-VERLAG · 57562 Herdorf · Tel. 02744 92000 (4.2020)

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	von Start Ziel nach	X	X	Unterschrift Patient*in
TTMMJJ	von nach	beides		
TTMMJJ	von nach			
TTMMJJ	von nach			
TTMMJJ	von nach			
TTMMJJ	von nach			
TTMMJJ	von nach			
TTMMJJ	von nach			
TTMMJJ	von nach			

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:

Fahrt zur Dialyse und wieder zurück

Fahrt zur Dialyse und wieder zurück

Zuzahlungspflicht Krankenkasse:

Zuzahlungsfrei Name: geb. am:

Anschrift: geb. Datum:

Kostenträgerkennung: Versicherten-Nr.: Status:

Versichertennummer:

Betriebsstätten-Nr.: Arzt-Nr.: Datum:

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

Zuzahlung prüfen

beides

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 Tragstuhl liegend

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

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)

Unterschrift Arzt*in

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

Anzahl

Datum

oder

Stempel

Unterschrift Arzt*in

Verordnung einer Krankenbeförderung · Art.-Nr. 83 202 504
BEYCODENT-VERLAG · 57562 Herdorf · Tel. 02744 92000

(4.2020)

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)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum	Start <input type="text"/> Ziel <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift Patient*in
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text" value="TTMMJJ"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

beides

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:

Rechnungsnummer:

Zuzahlung:

Positionsnummer: Anzahl: km:

Positionsnummer: Anzahl: km:

Zuzahlungspflicht Krankenkasse: Name der Krankenkasse

Zuzahlungsfrei Name: geb. am:

Anschrift: geb. Datum:

Kostenträgererkennung: Versicherten-Nr.: Status:

Versichertennummer:

Unternehmens-Nr.: Arzt-Nr.: Datum:

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, beeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen**

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

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

d) hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie) (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 Tragestuhl liegend

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

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)

Unterschrift Arzt*in

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zuzahlung prüfen

vor-/ nachstationär oder Pflegegrad bei 1b ankreuzen

Stempel oder

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)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
Datum	von Start nach Ziel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unterschrift Patient*in
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	von <input type="text"/> nach <input type="text"/>	<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

Rechnungsnummer Zuzahlung

Positionsnummer Anzahl km Positionsnummer Anzahl km