

**Erläuterungen zum Muster 4
Verordnung einer Krankenförderung**

<p>Zuzahl- pflicht</p> <p>Zuzahl- frei</p>	<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> <hr/> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <hr/> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p>	<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 type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt</p>						
<p>1. Grund der Beförderung</p> <p>Genehmigungsfreie Fahrten</p> <p>a) <input 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. Fahrten zu Hospizen: <input type="checkbox"/></p> <p>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</p> <p>d) <input 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>10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</p> <p>vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/></p> <p>Behandlungsstätte (Name, Ort)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>								
<p>3. Art und Ausstattung der Beförderung</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen</td> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen</td> <td><input type="checkbox"/> Tragestuhl</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> liegend</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/></p>			<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl							
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> liegend							
<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="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Muster 4 (7.2020)</p>								

Grundsätze

1. Die Verordnung einer Krankenförderung ist nur auszustellen, wenn der Versicherte wegen Art und Schwere der Erkrankung nicht zu Fuß gehen, kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann und die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist.
2. Bei seiner Entscheidung über die Notwendigkeit einer Verordnung hat sich der Arzt ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten auf Grund seiner persönlichen Feststellungen leiten zu lassen. Die Auswahl des Beförderungsmittels hat nach dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Ordnungsweise zu erfolgen, wobei der aktuelle Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit des Versicherten zu berücksichtigen sind.
3. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z.B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z.B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim.
4. Die Verordnung einer Krankenförderung ist auf dem vereinbarten bundeseinheitlichen Vordruck vorzunehmen. Wichtig dabei ist die Vollständigkeit der Verordnung. Die beigefügten Verordnungsmuster dienen Ihnen dafür als Unterstützung.
5. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen. Nur bei nicht planbaren Krankenförderungen (z.B. Patient muss in einem Ausnahmefall sofort in ärztliche Behandlung) kann die Verordnung auch nach der Beförderung ausgestellt werden.
6. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransport- und Rettungsdienstleistungen (Krankentransport-Richtlinie) in der zuletzt geänderten Fassung ist zu beachten.
7. Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.
8. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Angaben auf dem Verordnungsvordruck

Die nachfolgenden Ausführungen erläutern den Verordnungsvordruck in der Reihenfolge der geforderten Angaben. Die Angaben zum Versicherten sind vom Vertragsarzt gemäß Krankenversichertenkarte auszufüllen.

① Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Verordnung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe ②)
- bei Verordnungen für Versicherte mit einem Versorgungsleiden (siehe ②) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

② Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit sind nicht die Krankenkassen, sondern die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leistungspflichtig. Die Verordnung ist daher zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Kostenträgerfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

Diese Angaben sind erforderlich, damit die Krankenkasse ggf. Ersatzansprüche an den zuständigen Kostenträger stellen kann.

③ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig. Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig.

Sofern der Transporteur die Hin- und Rückfahrt übernehmen und am Zielort warten soll, kann die angefallene Wartezeit durch den Vertragsarzt unter ⑰ bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

④ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig.

Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter ⑰ angegeben werden.

Die Beförderung zur **vorstationären Behandlung** darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung stattfinden und bei der **nachstationären Behandlung** nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung.

Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

⑤ b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen)

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen

- Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder
- einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen.

Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen **dauerhafter (mindestens über 6 Monate)** körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragsarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ [erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr] im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die im Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder ⑪ und ggf. ⑬ zu nutzen. Ist die Fahrt im Krankentransportwagen erforderlich, ist diese unter ⑨ zu verordnen.

⑥ c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen, wie Hospizen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Leistung der Krankenkasse (§ 39a und § 39c SGB V),
- für Fahrten zu einer stationärsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung und

- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall).

Der Anlass ist in der Freitextzeile ⑥ zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationärsersetzende Durchführung ist unter ⑰ anzugeben.

Bei nicht stationärsersetzenden ambulanten Operationen ist die Verordnung nicht auszustellen, so z.B. bei nicht stationärsersetzenden Katarakt-Operationen.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gleichen gesetzlichen Fristen wie bei vor- und nachstationären Behandlungen unter ④. Der Operationstag ist unter ⑰ zu erfassen.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

In besonderen Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist. Die Art des Ausnahmefalles im Sinne der Krankentransport-Richtlinie ist unter ⑦-⑩ anzugeben.

⑦ d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie

Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

⑦ vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Die Vergleichbarkeit ist unter ⑰ zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

Die voraussichtliche Behandlungsfrequenz und -dauer ist unter ⑩ anzugeben.

Hinweis: Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme werden ggf. im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung e.V. (zukünftig Medizinischer Dienst) geprüft.

⑧ e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld ⑤ genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung für mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist unter ⑰ zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

Hinweis: Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme werden ggf. im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung e.V. (zukünftig Medizinischer Dienst) geprüft.

⑨ f) anderer Grund für Fahrt mit KTW z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. angeben)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn

- Patienten während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder

- dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter ⑫ zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine nicht zwingend medizinisch notwendige Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter ⑪ bis ⑮ anzugeben. Weiterhin ist unter ⑰ der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

Einen Überblick aller Fahrpläne mit Hinweisen zur Genehmigungs- und Zuzahlungspflicht finden Sie auf der letzten Seite dieser Erläuterungen.

⑩ 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz und die Behandlungsstätte (z.B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes) anzugeben.

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, z. B. wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt. In diesen Fällen ist eine Begründung unter ⑰ anzugeben.

Dabei ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z.B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

3. Art der Beförderung

⑪ Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn ein Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann.

Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter ⑬ zu kennzeichnen.

Damit werden auch Rollstuhlfahrer befördert, die sich entweder aus eigener Kraft oder mit einfacher Hilfestellung aus einem faltbaren Rollstuhl umsetzen können. Der Fahrer leistet bei Bedarf Unterstützung durch Unterhaken, Stützen oder einfache Handreichung.

Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

⑫ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung eines KTW ist nur zulässig, wenn

- während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/ oder
- die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und
- eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist.

Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier anzugeben, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen.

Bei der Verordnung eines KTW können zusätzlich die Felder unter ⑬ Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

Die fachliche Betreuung wird durch qualifiziertes nicht ärztliches Fachpersonal (Rettungssanitäter) gewährleistet.

⑬ Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „**Rollstuhl**“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung). Das Fahrzeugpersonal unterstützt durch einfache Handreichung beim Hineinsetzen in den Tragestuhl.

Das Feld „**Tragestuhl**“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich

(Fahrzeugausstattung: Tragestuhl). Das Fahrzeugpersonal unterstützt durch einfache Handreichung beim Hineinsetzen in den Tragestuhl.

Dies gilt auch für Rollstuhlfahrer, die aus ihrem Rollstuhl in einen Tragestuhl umgesetzt werden können, um dann darin vom und zum Fahrzeug befördert zu werden. Das Fahrzeugpersonal unterstützt durch einfache Handreichung beim Hineinsetzen in den Tragestuhl.

Das Feld „**liegend**“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

Hinweis: In der Region Berlin sind „Liegendbeförderungen“ nur mit einem KTW möglich.

14 RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z.B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn eine schnellere Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

17 4. Begründung/ Sonstiges

Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach 7 und 8.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter 10 nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter 10 nicht bekannt ist,
- Behandlung, welche über Terminservicestelle vermittelt wurde,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/ Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationärsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung, z.B. komplizierter Dauerkatheterwechsel in der Nacht oder Sturz und Verdacht auf Schenkelhalsfraktur am Wochenende),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder

- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

Rückseite

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

Überblick aller Fahrpläne mit Hinweisen zur Genehmigungs- und Zuzahlungspflicht

Fahrplan	Genehmigungspflicht	Zuzahlungspflicht
a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nach-stationäre Behandlung b) anderer Grund , z.B. Fahrten zu stationären Hospizen	nein	für die erste und letzte Fahrt der Behandlungsserie
ambulante Behandlung, in folgenden besonderen Ausnahmefällen:		
c) hochfrequente Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie ▪ vergleichbarer Ausnahmefall 	ja Fahrten sind vorab bei der KK zur Genehmigung einzureichen	für jede Fahrt
d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ ▪ Pflegegrad 4 oder 5 ▪ Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung 	nein, sind die Voraussetzungen erfüllt, gelten die Fahrten als genehmigt	für jede Fahrt
<ul style="list-style-type: none"> ▪ vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mind. 6 Monate 	ja, bei Fahrten mit dem Krankentransportwagen	
e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert	ja	

Kontaktinformationen unserer Vertragspartner finden Sie im Internet unter:

<https://www.aok.de/gp/befoederungs-rettungsdienste/vertraege>

Musterausfüllhilfen

Muster 1: Krankenfahrt mit Taxi/Mietwagen zur nachstationären Behandlung im Krankenhaus

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 01.07.2020	
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)		
<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt		
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a)	<input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung
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)	
c)	<input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____	
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
d)	<input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
e)	<input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)	
f)	<input type="checkbox"/> 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 0 9 0 7 2 0 / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J		
Behandlungsstätte (Name, Ort) Klinikum Muster, Musterstr. 2, Musterstadt		
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 wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/>	liegend	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/>	RTW <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)		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

Muster 4 (7.2020)

Muster 2: Krankenfahrt mit Mietwagen Tragestuhl zur ambulanten Behandlung; Patient ist dauerhaft mobilitätseingeschränkt (vergleichbarer Ausnahmefall) → Antrag auf Dauergenehmigung

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 01.07.2020	
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)		
<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt		
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a)	<input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung
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)	
c)	<input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____	
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
d)	<input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
e)	<input checked="" type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)	
f)	<input type="checkbox"/> 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 0 9 0 7 2 0 / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich 3 1 1 2 2 0		
Behandlungsstätte (Name, Ort) Orthopädie Dr. Muster, Kardiologie Dr. Beispiel in Musterstadt		
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 wegen _____	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/>	liegend	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/>	RTW <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)		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

(G 21.4) erhebliche Mobilitätseinschränkung, Whg. im 3.OG ohne Fahrstuhl, Dauer nicht absehbar (max. zu bewältigende Gehstrecke < 50m)

Muster 4 (7.2020)

Muster 3:

Krankenfahrt mit Taxi nach ambulanter Katarakt-Operation (grundsätzlich nicht verordnungsfähig!), aber Patient ist dauerhaft mobilitätseingeschränkt (Pflegegrad 3, Merkzeichen „G“ und Rollstuhl)

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4 <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 01.07.2020	

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 1 6 0 7 2 0 / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)
Augenarztpraxis Dr. Beispiel in Musterstadt

3. Art und Ausstattung der Beförderung

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

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

nach amb.OP ABER Pat. dauerhaft mobilitätseingeschränkt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Muster 4:

Krankenfahrt mit Taxi zur Nachbehandlung amb. OP

Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4 <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 15.07.2020	

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: **Nachbehandlung - stationersetzen amb. OP**

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 1 6 0 7 2 0 / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)
Kardiologie Dr. Muster, Musterstadt

3. Art und Ausstattung der Beförderung

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

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

OP-Tag 15.07.2020; Herzkatheteruntersuchung; Patient mit schwankenden Blutdruck, wünschte amb. Beh. aus persönl. Gründen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Muster 5:

kurzfristiger Krankentransport (Ausnahmefall) mit Krankentransportwagen ambulanten Behandlung

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenbeförderung 4
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 15.07.2020	
		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung 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) c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:		
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie <input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich) e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich) f) <input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B.- fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)		
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte		
vom/am 1 5 0 7 2 0 / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J Behandlungsstätte (Name, Ort) Rettungsstelle Klinikum Muster		
3. Art und Ausstattung der Beförderung		
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen (X) Tragestuhl <input type="checkbox"/> fachl. Lagerung wg. Verdacht auf Fraktur nach Sturz <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> RTW <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)		
Kurzfristfahrt 18.30 Uhr, keine Vorabgenehmigung möglich Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

Muster 4 (7.2020)

Muster 6:

Krankentransport mit Krankentransportwagen zur onkologischen zur Chemotherapie

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenbeförderung 4
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 01.07.2020	
		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung 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) c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:		
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
d) <input checked="" type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie <input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich) e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich) f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B.- fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)		
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte		
vom/am 1 5 0 7 2 0 / 2 x pro Woche, bis voraussichtlich 1 5 0 1 2 1 Behandlungsstätte (Name, Ort) MVZ Onkologie Dr. Muster, Musterstadt		
3. Art und Ausstattung der Beförderung		
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen (X) Tragestuhl <input type="checkbox"/> fachliche Lagerung bei Querschnittslähmung <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> RTW <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)		
onkologische Chemotherapie Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

(ergänzende Kann-Angabe oder unter d) kennzeichnen)

Muster 4 (7.2020)