

Verordnung einer Krankenförderung

4

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V

Unfall, Unfallfolgen
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 Versorgungskleiden (BVG u.a.)
 sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum
T T M M J J
Behandlungsdaten

beim Vertragsarzt
 im Krankenhaus
 sonstige

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

Wird vom Arzt ausgefüllt !

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate

ggf. Zeitraum der Serienverordnung

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

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

voraussichtliche Behandlungsdauer:

2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen
 Kranken-transportwagen
 Rettungs- wagen
 Notarzt- wagen
 andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Wird vom Arzt ausgefüllt !

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein
 Trage- stuhl
 Nicht umsetzbar aus Rollstuhl
 liegend
 andere

Von

Wohnung
 Hinfahrt
 Rückfahrt
 Arztpraxis
 Wartezeit (Dauer):
 Krankenhaus
 Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):
 andere Beförderungsweg

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

ja, folgende:
 nein

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (7.2004)