

## Allgemeine Informationen zur Krankbeförderung im Taxi/Mietwagen

Je nach Ihrem Krankheitsbild entscheidet Ihr behandelnder Arzt bei der Verordnung einer Krankbeförderung über das Beförderungsmittel.

Beispiel einer möglichen Verordnung einer Krankbeförderung im Taxi

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b> <input checked="" type="checkbox"/> AOK NORDWEST 01101		<b>Verordnung einer Krankbeförderung</b> 47	
<b>Name, Vorname des Versicherten</b> <input checked="" type="checkbox"/> Mustermann Martin geb. am 12.03.60 Musterstr 1 D 21031 Hamburg 12/20		<b>Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V</b> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden, (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden	
<b>Kassen-Nr.</b> 1317004	<b>Versicherten-Nr.</b> 1234567801	<b>Status</b> 1000	<b>1. Hauptleistung</b> <b>A) im Krankenhaus</b> <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär <input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige
<b>Betriebsstätten-Nr.</b>	<b>Arzt-Nr.</b>	<b>Datum</b> 20.02.13	<b>B) ambulante Operation</b> <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation Datum: _____ Behandlungsdaten: _____
<b>C) ambulante Behandlung</b> (von der Krankenkasse zu genehmigen) <b>Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V</b> <b>hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____ voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____		<b>dauerhafte Mobilitätseinschränkung</b> <input type="checkbox"/> Merkzeichen "aG", "Bl", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10) _____ voraussichtliche Behandlungsdauer: _____	
<b>2. Beförderungsmittel</b> <input checked="" type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input type="checkbox"/> Rettungs- wagen <input type="checkbox"/> Notarzt- wagen <input type="checkbox"/> andere _____ <b>Begründung des Beförderungsmittels</b> (ggf. Angabe ICD 10) _____			
<b>Medizin.-technische Ausstattung erforderlich:</b> <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere _____		<b>Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
<b>Von</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege	<b>Nach</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege	<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt Wartezeit (Dauer): _____ Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Dr. med. Muster</b>  <b>Musterstr 36</b>  <b>40921 Musterhausen</b>  <small>Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes</small>  <small>Muster 4.1/E (7.2008)</small> </div>

Wichtig:

Fahrten zur ambulanten Behandlung immer erst durch die Krankenkasse genehmigen lassen !

**Bei Fragen bezüglich der erforderlichen Genehmigungen helfen wir Ihnen gerne weiter.**

**Sie erreichen uns unter der Tel. 04957 - 91 22 91**

**und nach Terminabsprache auch persönlich im Rathausring 1 in Filsum.**