

Krankenbeförderung sitzend

Können sie normal sitzend in einem PKW befördert werden, genügt es wenn bei Beförderungsmittel Taxi/Mietwagen angekreuzt ist.

Gerne sind wir vom Taxiruf Lüdtke Ihnen beim Ein- und Aussteigen sowie auch bei Ihrem Gepäck behilflich.

Ihre evtl. vorhanden Hilfsmittel wie z.B: Rollator oder Klapprollstuhl befördern wir selbstverständlich mit.

Eine Begleitperson kann nach Absprache kostenfrei mit befördert werden.

Beispiel der Verordnung einer Krankenbeförderung sitzend im Taxi/Mietwagen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung einer Krankenbeförderung 47	
AOK NORDWEST 01101		Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann Martin geb. am 12.03.60 Musterstr 1 D 21031 Hamburg 12/20		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden, (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden	
Kassen-Nr. 1317004	Versicherten-Nr. 1234567801	Status 1000	1. Hauptleistung A) im Krankenhaus <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
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 20.02.13	B) ambulante Operation <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V hochfrequente Behandlung <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"/> pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung _____		dauerhafte Mobilitätseinschränkung <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: _____	
2. Beförderungsmittel <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 _____ Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD 10) _____			
Medizin.-technische Ausstattung erforderlich: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere _____		Medizin.-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
Von <input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege	Nach <input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input checked="" 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; text-align: center;"> Dr. med. Muster Musterstr 36 40921 Musterhausen <small>Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes</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.