

## Fahrten zur ambulanten Dialysebehandlung oder onkologischen Strahlentherapie oder Chemotherapie

Fahrten zur ambulanten Dialysebehandlung, onkologischen Chemotherapie oder Strahlentherapie sind genehmigungspflichtige ambulante Serienfahrten.

Sie müssen die Fahrten von Ihrer Krankenkasse schriftlich genehmigen lassen

Beispiel einer Verordnung einer Krankenförderung für Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK NORDWEST 01101		<b>Verordnung einer Krankenförderung</b> 4	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann		Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V <input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden	
geb. am 12.03.60		<b>1. Hauptleistung</b>	
Adresse Musterstr 1 D 21031 Hamburg		<b>A) im Krankenhaus</b>	
Kassen-Nr. 1317004   Versicherten-Nr. 1234567801   Status 1000		<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>B) ambulante Operation</b> <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation	
<b>C) ambulante Behandlung</b> (von der Krankenkasse zu genehmigen) <b>Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V</b> hochfrequente Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen			
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 Behandlungsfrequenz: <b>3</b> X pro Woche über <b>04</b> Monate ggf. Zeitraum der <b>Serienverordnung</b>			
<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			
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			
Von <input checked="" type="checkbox"/> Nach <input type="checkbox"/> Wohnung <input checked="" type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Beförderungswege		Medizin.-fachliche Betreuung notwendig: <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt Wartezeit (Dauer): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
		Dr. med. Muster Musterstr 36 40921 Musterhausen Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes	
Muster 4.1/E (7.2008)			

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.