

Fahrt zur ambulanten Operation bzw. deren Vor- und Nachsorge

Sie werden ambulant operiert und damit eine stationäre Aufnahme vermieden und der Kostenträger ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Oder es handelt sich um eine Vorbehandlung oder Nachbehandlung einer ambulanten Operation.

Die Fahrtkosten werden ohne Genehmigung durch Ihre Krankenkasse übernommen.

Achten Sie darauf, dass bei ambulanter Operation entsprechend angekreuzt ist.

Beispiel einer Verordnung einer Krankenförderung bei ambulanter Operation

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK NORDWEST 01101		Verordnung einer Krankenförderung	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann		Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden, (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden	
geb. am Martin 12.03.60		1. Hauptleistung	
D 21031 Hamburg 12/20		A) im Krankenhaus	
Kassen-Nr. 1317004 Versicherten-Nr. 1234567801 Status 1000		B) ambulante Operation	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 20.02.13		<input checked="" type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V Datum 04.03.2013	
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V hochfrequente Behandlung		<input checked="" type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation Behandlungsdaten	
gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)		<input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige	
vergleichbarer Ausnahmefall wegen		dauerhafte Mobilitätseinschränkung	
voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate		Merkszeichen "aG", "BI", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt	
ggf. Zeitraum der Serienverordnung:		vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10)	
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			
Von <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nach		Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:	
Wohnung <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt	
Arztpraxis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Wartezeit (Dauer):	
Krankenhaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	
andere Beförderungswege		<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)	