

Vor- oder Nachstationäre Behandlung

Sie müssen vor Beginn bzw. nach der stationären Behandlung zur Behandlung ins Krankenhaus und der Kostenträger ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Die Fahrtkosten werden ohne Genehmigung durch Ihre Krankenkasse übernommen.

Vorstationär = bis zu 5 Tage vor Aufnahme (max. 3 Behandlungstage)

Nachstationär = bis zu 14 Tage nach Entlassung (max. 7 Behandlungstage)

Achten Sie darauf, dass bei A) im Krankenhaus entsprechend vor- oder nachstationäre Behandlung angekreuzt und das Behandlungsdatum eingetragen ist.

Wichtig! Ist nicht das nächste Krankenhaus gemeint, so muss unter "andere Beförderungswege" der Name des Krankenhauses angegeben sein.

Beispiel einer Verordnung einer Krankenförderung bei vor- oder nachstationärer Krankenhausbehandlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung einer Krankenförderung 4	
<input type="checkbox"/> Einzelne	AOK NORDWEST	01101	
<input checked="" type="checkbox"/> Mehrere	Name, Vorname des Versicherten		
	Mustermann	geb. am	12.03.60
	Martin		12/20
	Musterstr 1		
	D 21031 Hamburg		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
1317004	1234567801	1000	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
		20.02.13	
Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V			
<input type="checkbox"/>	Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall, Berufskrankheit
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Versorgungsleiden, (BVG u. a.)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	sonstiger Schaden
1. Hauptleistung			
A) im Krankenhaus		B) ambulante Operation	
<input type="checkbox"/>	Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär	<input type="checkbox"/>	ambulante Operation gem. § 115b SGB V
<input checked="" type="checkbox"/>	Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär	Behandlungsdaten	07.03.2013
<input type="checkbox"/>	beim Vertragsarzt	<input type="checkbox"/>	im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	sonstige
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)			
Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V			
<input type="checkbox"/>	hochfrequente Behandlung	<input type="checkbox"/>	dauerhafte Mobilitätseinschränkung
<input type="checkbox"/>	gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)	<input type="checkbox"/>	Merkzeichen "aG", "Bl", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
<input type="checkbox"/>	vergleichbarer Ausnahmefall wegen	<input type="checkbox"/>	vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10)
voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate		voraussichtliche Behandlungsdauer: _____	
ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____			
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	Nach	Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hinfahrt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rückfahrt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer): _____
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, folgende: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege Klinikum Oldenburg	
			Dr. med. Muster Musterstr 36 40921 Musterhausen <small>Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes</small>
<small>Muster 4.1/E (7.2008)</small>			