

Fahrt zur ambulanten Behandlung, wenn dadurch eine vollstationäre oder teilstationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird (Ausnahmefall!)

Sie werden ambulant behandelt und dadurch wird eine vollstationäre oder teilstationäre Behandlung verkürzt oder gar vermieden.

Bei Begründung des Beförderungsmittels muss der Hinweis eingetragen sein
 "zur Vermeidung stationärer Behandlung".

Sie müssen die Fahrten von Ihrer Krankenkasse schriftlich genehmigen lassen.

Beispiel einer Verordnung einer Krankenförderung zur Vermeidung stationärer Behandlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK NORDWEST 01101		Verordnung einer Krankenförderung	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann Martin Musterstr 1 D 21031 Hamburg		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 12.03.60		1. Hauptleistung	
Status 1000		A) im Krankenhaus	
Kassen-Nr. 1317004 Versicherten-Nr. 1234567801		<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 20.02.13		<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär	
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)		B) ambulante Operation	
Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V hochfrequente Behandlung		Datum ambulante Operation gem. § 115b SGB V	
<input type="checkbox"/> gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)		Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation	
<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen		<input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige	
dauerhafte Mobilitätseinschränkung		Behandlungsdaten	
<input type="checkbox"/> Merkzeichen "aG", "Bl", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt		Vergleichbarere Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10)	
voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> 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) zur Vermeidung stationärer Behandlung	
Medizin.-technische Ausstattung erforderlich:		Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:	
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> andere		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Von <input checked="" type="checkbox"/> Nach <input type="checkbox"/>		Wohnung <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt	
Arztpraxis <input type="checkbox"/>		Wartezeit (Dauer): Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	
Krankenhaus <input type="checkbox"/>		andere Beförderungswege:	
andere Beförderungswege:		Dr. med. Muster Musterstr 36 40921 Musterhausen	

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.