

Stationäre Krankenhausbehandlung

Sie werden stationär im Krankenhaus aufgenommen und bleiben dort über Nacht und der Kostenträger ist eine gesetzliche Krankenkasse.

Die Fahrtkosten werden ohne Genehmigung durch Ihre Krankenkasse übernommen.

Achten Sie darauf, dass bei A) im Krankenhaus entsprechend voll- oder teilstationäre Behandlung angekreuzt ist

Wichtig!

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

Verordnung einer Krankenförderung bei stationärer Krankenhausbehandlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung einer Krankenförderung		4	
<input type="checkbox"/> AOK Nordwest	01101		Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gem. 294a SGB V			
Name, Vorname des Versicherten <input checked="" type="checkbox"/> Mustermann			<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			
Musterstr 1			A) im Krankenhaus			
D 21031 Hamburg			<input checked="" type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär			
Kassen-Nr. 1317004	Versicherten-Nr. 1234567801	Status 1000	Behandlungsdaten			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 20.02.13	B) ambulante Operation			
			<input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V			
			Datum			
			Behandlungsdaten			
			<input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation			
			Behandlungsdaten			
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)			<input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt			
Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V			<input type="checkbox"/> im Krankenhaus			
hochfrequente Behandlung			<input type="checkbox"/> sonstige			
<input type="checkbox"/> gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)			dauerhafte Mobilitätseinschränkung			
<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____			<input type="checkbox"/> Merkzeichen "aG", "Bl", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt			
voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate			vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10) _____			
ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____			voraussichtliche Behandlungsdauer: _____			
2. Beförderungsmittel <input checked="" type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen			<input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen			
<input type="checkbox"/> Rettungswagen			<input type="checkbox"/> Notarztwagen			
<input type="checkbox"/> andere _____						
Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD 10) _____						
Medizin.-technische Ausstattung erforderlich: <input checked="" type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> Tragstuhl			
<input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl			<input type="checkbox"/> liegend			
<input type="checkbox"/> andere _____						
Von <input checked="" type="checkbox"/>	Nach <input type="checkbox"/>	Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:				
<input type="checkbox"/> Wohnung	<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> Arztpraxis	<input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____				
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	Wartezeit (Dauer): _____					
<input checked="" type="checkbox"/> andere Beförderungswege	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____					
Klinikum Oldenburg			Dr. med. Muster Musterstr 36 40921 Musterhausen			
			Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes			
			Muster 4.1/E (7.2008)			