

Verlegung aus medizinischen Gründen

Sie befinden sich bereits stationär in einem Krankenhaus und müssen aus medizinischen Gründen in ein anderes Krankenhaus bzw. sollen in die Reha-Klinik verlegt werden

Verlegungen aus zwingend medizinischen Gründen müssen ärztlich gesondert nachgewiesen werden.

Die Fahrtkosten werden ohne Genehmigung durch Ihre Krankenkasse übernommen.

Wichtig! Unter "anderer Beförderungswege" muss der Name der neuen Klinik eingetragen werden.

Beispiel Verordnung einer Krankenförderung bei Verlegung aus medizinischen Gründen

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK NORDWEST 01101		Verordnung einer Krankenförderung 4	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann Martin geb. am 12.03.60 Musterstr 1 D 21031 Hamburg 12/20		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	
Kassen-Nr. 1317004	Versicherten-Nr. 1234567801	Status 1000	1. Hauptleistung
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 20.02.13	A) im Krankenhaus <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)		B) ambulante Operation <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation	
Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V hochfrequente Behandlung <input 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: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung:		voraussichtliche Behandlungsdauer:	
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 type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege	Nach <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/> Wartezeit (Dauer): <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	Medizin.-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Klinikum Oldenburg		Dr. med. Muster Musterstr 36 40921 Musterhausen	
		Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes	

Muster 4.1/E (7.2008)