

Arbeitsunfall oder Berufskrankheit

Sie hatten einen Arbeitsunfall oder leiden unter einer anerkannten Berufskrankheit und der Kostenträger ist eine Berufsgenossenschaft.

Sie müssen keine Zuzahlung / Eigenanteil leisten.

Die Fahrtkosten werden ohne Genehmigung durch Ihre Berufsgenossenschaft übernommen.

Achten Sie darauf, dass als Kostenträger Ihre Berufsgenossenschaft eingetragen ist und ein Kreuz bei Arbeitsunfall, Berufskrankheit gesetzt ist.

Beispiel einer Verordnung einer Krankbeförderung bei einem Arbeitsunfall bzw. einer Berufskrankheit

Krankenkasse bzw. Kostenträger BG Verkehr		Verordnung einer Krankbeförderung 47	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann 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 checked="" type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG u.a.) <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		1. Hauptleistung	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 20.02.13		A) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär <input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige	
C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) 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 _____ voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____		B) ambulante Operation <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation Datum _____ Behandlungsdaten _____	
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) _____		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 Behandlungsdauer: _____	
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 _____		Medizin.-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
Von <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input checked="" type="checkbox"/> andere Beförderungswege Nach <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt Wartezeit (Dauer): _____ Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____		Arbeitsplatz/Unfallort	
		Dr. med. Muster Musterstr 36 40921 Musterhausen Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4.1/E (7.2008)	