

# Verordnung einer Krankenförderung

Gebühr frey	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
<b>Muster-Krankenkasse</b>		
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten	
<b>Mustermann</b>		
<b>Muster</b>	geb. am	<b>01.01.18</b>
<b>Musterweg 21 12345 Berlin</b>		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
<b>111222</b>	<b>333344445555</b>	<b>666600</b>
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum
<b>8888899999</b>	<b>1616161</b>	<b>47.02.3003</b>

## Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall,  Arbeitsunfall,  Versorgungsleiden  sonstiger  
 Unfallfolgen  Berufskrankheit  (BVG u.a.)  Schaden

### 1. Hauptleistung

**A) im Krankenhaus**  Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär

**B) ambulante Operation**  ambulante Operation gem. § 115b SGB V

**C) ambulante Behandlung** (von der Krankenkasse zu genehmigen)  beim Vertragsarzt  sonstige

**D) Mobilitätseinschränkung**  Merkmal „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

### Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

**Hochfrequente Behandlung**  gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie)

vergleichbarer Ausnahmefall wegen \_\_\_\_\_

voraussichtliche Behandlungsfrequenz:  X pro Woche über \_\_\_\_\_ Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

ggf. Zeitraum der Serienverordnung \_\_\_\_\_

### 2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen  Krankenwagen  Rettungswagen  Notarztwagen  andere \_\_\_\_\_

### Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:  nein  ja (Stuhl, Rollstuhl)  liegend  andere \_\_\_\_\_

Von	Nach		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Wohnung	Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	Wartezeit (Dauer): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege	

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:  ja, folgende: \_\_\_\_\_  nein

Dr. med. Muster  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Hausarzt (Kassenarztschein)  
 \*\*\* 88889999 \*\*\*  
 Musterweg 27  
 20202 Hamburg

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Paul Albrechts Verlag, 22962 Lütjensee