

# Ausfüllhilfe für ärztliche Verordnung (Muster 4)

## für Fahrten mit Krankentransport

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind

### Fall 1: Dauerverordnung

(z. B. für regelmäßige Fahrten über längere Zeit)

Wenn Sie über einen längeren Zeitraum regelmäßig zum Arzt, zur Therapie oder zur ambulanten Behandlung müssen, können Sie eine Dauerverordnung beantragen – z. B. vom 01.01. bis 31.12. für ein ganzes Jahr.

- Vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich
- Medizinischer Grund muss nachvollziehbar sein
- Für jede Fahrt zusätzlich ein Transportschein (Muster 4) notwendig

### Fall 2: Einzelfahrt zur ambulanten Behandlung

(z. B. zum Arzt oder ins Krankenhaus, hin und zurück)

Wenn Sie einmalig zu einem Termin (z. B. zum Hausarzt, Facharzt oder in die Klinik) fahren müssen, und der Transport aus medizinischen Gründen nicht selbstständig möglich ist, stellt der Arzt eine Einzelfahrt aus.

- Datum der Behandlung muss feststehen
- Zielort vollständig eintragen
- Medizinische Begründung genau
- Genehmigung vor der Fahrt bei der Krankenkasse einholen - falls keine genehmigte Dauerverordnung vorhanden

# Ausfüllhilfe für ärztliche Verordnung (Muster 4)

## für Fahrten mit Krankentransport

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind

### Fall 3: Fahrt zur geplanten stationären Aufnahme

Wenn Sie in Kürze zur stationären Aufnahme ins Krankenhaus müssen, kann der Arzt ebenfalls eine Verordnung für den Krankentransport ausstellen.

- Termin bei der Aufnahme sollte mit angegeben werden
- Name der aufnehmenden Klinik/ Krankenhaus
- kein Genehmigung nötig

Zustellungsstelle XXXXXXXXXXXX	Krankenkasse bzw. Kostenträger XXXXXXXXXXXX	<b>Verordnung einer Krankentransportbeförderung</b> 4	
Zustellungszeit Max Mustermann XXXXXXXXXXXX	Name, Vorname des Versicherten geb. am 01.01.01	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit
Kostenträgerkennung XXXXXXXXXXXX	Versicherten-Nr. XXXXXXXXXXXX	Status XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
Betriebsstätten-Nr. XXXXXX	Arzt-Nr. XXXXXX	Datum 25.12.2024	<input checked="" type="checkbox"/> Einfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
<b>1. Grund der Beförderung</b>			
<b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>			
a) <input checked="" type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung		<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung	
b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bf“, „JH“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrzeit mit KTW für länger 60 zu vermeiden)			
c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:			
<b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtbeginn über Krankenkasse vorzulegen)</b>			
d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)		<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4, erforderlich)	
e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4, erforderlich)			
f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fächergerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3 und ggf. 4, erforderlich)			
<b>2. Behandlungsort/Behandlungsfrequenz und nächstreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>			
vom/am <u>01.01.2025</u> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Behandlungsstätte (Name, Ort) welches Krankenhaus?			
<b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b>			
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen		<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl	
Bsp.: Vitalzeichenkontrolle (VZK), fachl. Lagerung, dauerhafte Mobilitätseinschränkung			
<input type="checkbox"/> RTW		<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere			
<b>4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregelechtsverkehr, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht vorzur Wohnung stattfindet)</b>			
Stempel + Unterschrift			
Vertragstempel / Unterschrift des Arztes Muster 4 (7.2020)			

### Fall 4: Fahrt innerhalb von 14 Tagen nach stationärer Entlassung

Wenn Sie vor Kurzem aus dem Krankenhaus entlassen wurden und noch zu Nachsorgeterminen, Kontrolluntersuchungen oder einer weiterführenden Behandlung müssen, sind Fahrten innerhalb von 14 Tagen genehmigungsfrei – aber es wird trotzdem eine ärztliche Verordnung benötigt.

- gilt innerhalb von 14 Tagen nach stationäre Entlassung
- kein Genehmigung nötig
- Entlassungsdatum idealerweise mit angeben

Zustellungsstelle XXXXXXXXXXXX	Krankenkasse bzw. Kostenträger XXXXXXXXXXXX	<b>Verordnung einer Krankentransportbeförderung</b> 4	
Zustellungszeit Max Mustermann XXXXXXXXXXXX	Name, Vorname des Versicherten geb. am 01.01.01	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit
Kostenträgerkennung XXXXXXXXXXXX	Versicherten-Nr. XXXXXXXXXXXX	Status XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
Betriebsstätten-Nr. XXXXXX	Arzt-Nr. XXXXXX	Datum 25.12.2024	<input checked="" type="checkbox"/> Einfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
<b>1. Grund der Beförderung</b>			
<b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>			
a) <input checked="" type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung		<input checked="" type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung	
b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bf“, „JH“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrzeit mit KTW für länger 60 zu vermeiden)			
c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:			
<b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtbeginn über Krankenkasse vorzulegen)</b>			
d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)		<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4, erforderlich)	
e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4, erforderlich)			
f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fächergerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3 und ggf. 4, erforderlich)			
<b>2. Behandlungsort/Behandlungsfrequenz und nächstreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>			
vom/am <u>01.01.2025</u> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Behandlungsstätte (Name, Ort) welches Krankenhaus? Welcher Arzt?			
<b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b>			
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen		<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl	
Bsp.: Vitalzeichenkontrolle (VZK), fachl. Lagerung, dauerhafte Mobilitätseinschränkung			
<input type="checkbox"/> RTW		<input type="checkbox"/> NAW/NEF	
<input type="checkbox"/> andere			
<b>4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schweregelechtsverkehr, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht vorzur Wohnung stattfindet)</b>			
Entlassungsdatum? Wann geplante stat. Aufnahme?			
Stempel + Unterschrift			
Vertragstempel / Unterschrift des Arztes Muster 4 (7.2020)			