

## Ambulante Behandlungen

### Kostenübernahme der Krankenkasse notwendig

<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger  	<h3 style="text-align: center;">Verordnung einer Krankenbeförderung <span style="float: right;">4</span></h3> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <b>und/oder</b> <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten  <div style="text-align: right;">geb. am</div>	
	Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  	
	Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum <div style="text-align: right;"><b>01.01.2021</b></div>	
<b>1. Grund der Beförderung</b> Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen.		
<b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>		
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 <b>nur Taxi/Mietwagen</b> (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen) c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____		
<b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen</b> (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
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 checked="" type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)		
<b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>		
vom/am <b>05.01.21</b> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <b>TTMMJJ</b> Behandlungsstätte (Name, Ort) <b>Name Krankenhaus oder Vertragsarzt</b>		
<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 <b>oder</b> <input checked="" type="checkbox"/> liegend <b>ICD 10 oder</b> <b>Diagnosen im Klartext</b>		
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____		
<b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)		
<b>sonstige relevante Angaben</b>		<b>Stempel/Unterschrift</b>  Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Ambulante Operationen

### Keine Kostenübernahme nötig

### Vor-/Nachsorge nach Ambulanter OP

### Keine Kostenübernahme nötig –gültig für:

3 Behandlungen innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung

7 Behandlungen innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung

<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungspflichtig	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung 4</b>	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <b>und/oder</b> <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt	
<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten  geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.			Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum <b>01.01.2021</b>
<b>Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen.</b>				
<b>1. Grund der Beförderung</b>				
<b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>				
a)	<input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung		
b)	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 <b>nur Taxi/Mietwagen</b> (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)			
c)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>anderer Grund, z.B. Ambulante OP sowie Vor- oder Nachbehandlung</b> Fahrten zu Hospizen:			
<b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen</b> (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)				
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. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)			
<b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>				
vom/am	<input type="text" value="05.01.21"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>			
Behandlungsstätte (Name, Ort) <b>Name Krankenhaus oder Vertragsarzt</b>				
<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 oder	
<input type="checkbox"/> ICD 10 oder	<input checked="" type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> andere		
<b>Diagnosen im Klartext</b>				
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> NAW/NEF			
<b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)				
<b>sonstige relevante Angaben, z.B. OP am 05.01.21</b>				
			<b>Stempel/Unterschrift</b>	
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

## Voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung

Keine Kostenübernahme nötig

### Vor-/nachstationäre Behandlung

Keine Kostenübernahme nötig –gültig für:

3 Behandlungen innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung

7 Behandlungen innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung

<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger  <input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungsfrei	<h3>Verordnung einer Krankenförderung 4</h3> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <b>und/oder</b> <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt										
Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status  Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum <div style="text-align: right; font-weight: bold;">01.01.2021</div>												
<p><b>1. Grund der Beförderung</b>      Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen.</p> <p><b>Genehmigungsfreie Fahrten</b></p> <p>a) <input checked="" type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung      <input checked="" type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 <b>nur Taxi/Mietwagen</b> (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)</p> <p>c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____</p> <p><b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen</b> (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)      <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)</p>												
<p><b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b></p> <p>vom/am <b>05.01.21</b> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <b>TTMMJJ</b></p> <p>Behandlungsstätte (Name, Ort)  <b>Name Krankenhaus oder Vertragsarzt</b></p>												
<p><b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen</td> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl oder</td> </tr> <tr> <td><b>ICD 10 oder</b></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> liegend</td> </tr> <tr> <td><b>Diagnosen im Klartext</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RTW    <input type="checkbox"/> NAW/NEF    <input type="checkbox"/> andere _____</td> <td></td> </tr> </table>			<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 oder	<b>ICD 10 oder</b>	<input checked="" type="checkbox"/> liegend	<b>Diagnosen im Klartext</b>		<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	
<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 oder											
<b>ICD 10 oder</b>	<input checked="" type="checkbox"/> liegend											
<b>Diagnosen im Klartext</b>												
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____												
<p><b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)</p> <p><b>sonstige relevante Angaben, z.B. Beginn stationäre Behandlung am 05.01.2021</b></p>		<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Stempel/Unterschrift</p> <p style="font-size: small; text-align: center;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>										

# Hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

## Kostenübernahme der Krankenkasse notwendig

Zuschuldpflicht <input checked="" type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten geb. am _____	<h3>Verordnung einer Krankenförderung 4</h3> <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
Zuschuldfrei <input checked="" type="checkbox"/>	Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum <b>01.01.2021</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <b>und/oder</b> <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen.		
<h3>1. Grund der Beförderung</h3>		
<b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>		
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 <b>nur Taxi/Mietwagen</b> (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen) c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____		
<b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen</b> (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
d) <input checked="" 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. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)		
<h3>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</h3>		
vom/am <b>05.01.21</b> / <b>3</b> x pro Woche, bis voraussichtlich <b>31.12.21</b> Behandlungsstätte (Name, Ort) <b>Name Krankenhaus oder Vertragsarzt</b>		
<h3>3. Art und Ausstattung der Beförderung</h3>		
<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 <b>oder</b> <input checked="" type="checkbox"/> liegend <b>ICD 10 oder</b> <b>Diagnosen im Klartext</b>		
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____		
<h3>4. Begründung/Sonstiges</h3> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)		
<b>sonstige relevante Angaben</b>		
		<b>Stempel/Unterschrift</b>  Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Notfall- oder Akutfahrt zur 1. Hilfebehandlung

**Keine Kostenübernahme nötig**

<p><input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-pflicht</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungs-frei</p>	<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span></p> <hr/> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <hr/> <p>Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</p> <p style="text-align: right;"><b>01.01.2021</b></p>	<p><b>Verordnung einer Krankenförderung 4</b></p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt      <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt</p> <p style="text-align: center;"><b>und/oder</b></p>						
<p><b>1. Grund der Beförderung</b></p> <p><b>Genehmigungsfreie Fahrten</b></p> <p>a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung      <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung</p> <p>b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 <b>nur Taxi/Mietwagen</b> (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)</p> <p>c) <input checked="" type="checkbox"/> <b>anderer Grund, z.B. Notfall- oder Akutfahrt - Hinfahrt bzw. Kurzfristfahrt (Rückfahrt)</b> Fahrten zu Hospizen: _____</p>								
<p><b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen</b> (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</p> <p>d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)      <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)</p> <p>f) <input type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)</p>								
<p><b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b></p> <p>vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> <b>05.01.21</b> / <input type="text" value="TTMMJJ"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/></p> <p>Behandlungsstätte (Name, Ort)</p> <p><b>Name Krankenhaus oder Vertragsarzt</b></p>								
<p><b>3. Art und Ausstattung der Beförderung</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen</td> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl oder</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RTW    <input type="checkbox"/> NAW/NEF    <input type="checkbox"/> andere _____</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> liegend</td> </tr> </table> <p><b>ICD 10 oder</b> <b>Diagnosen im Klartext</b></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> RTW    <input type="checkbox"/> NAW/NEF    <input type="checkbox"/> andere _____</p>			<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 oder	<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
<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 oder							
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____	<input checked="" type="checkbox"/> liegend							
<p><b>4. Begründung/Sonstiges</b> (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)</p> <hr/>		<p style="text-align: center;"><b>Stempel/Unterschrift</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>						