zah- ngs- licht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer 4						
HOTIC	Musterkasse	Krankenbeförderung						
zah- ngs- rei	Name, Vorname des Versicherten Mario Mustermann Musterstraße 1 12345 Musterhausen Mario Musterstraße 1 01.01.2020	Unfall, Unfallfolge Arbeitsunfall, Berufskrankheit						
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status x123456789	Versorgungsleiden (z.B. BVG)						
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	x Hinfahrt Rückfahrt						
	Transporttag							
_	1. Grund der Beförderung							
	Genehmigungsfreie Fahrten							
	a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	vor-/nachstationäre Behandlung						
	b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen "aG", "Bl", " beeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Miet	H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitäts- wagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)						
	c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:							
	Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlur	ngen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)						
	d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)						
	e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichb mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)	ar mit b) und Behandlungsdauer						
	f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)							
	2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterrei	chbare, geeignete Behandlungsstätte						
		is voraussichtlich TMMJJ						
	Behandlungsstätte <i>(Name, Ort)</i>							
L	Uniklinik Musterhausen nach Musterkrankenhaus Musterdorf							
	3. Art und Ausstattung der Beförderung							
	Taxi/Mietwagen Rollstu	hl						
	KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	uhl						
	x liegend							
		Stempel/ Unterschrift Arzt/ Krankenhaus						
	RTW NAW/ X andere ITW mit Arztbegleitung							
	4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gew bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, we Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)							
	ICD-10 Code oder Diagnose im Klartext	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes						

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von nach)	Hin- fahrt	Rück- fahrt	Unterschrift des Versicherten			
	von	Папп	Папп				
TMMJJ	nach						
	von						
TMMJJ	nach						
	von						
TMMJJ	nach						
	von						
	nach						
тІтікліклі і і	von nach						
I I IVIIIVI O O	von						
TITMMJJJ	nach						
	von						
TMMJJ	nach						
	von						
TIMMJJ	nach						
	von						
TMMJJ	nach						
	nach						
	Hach						
Bestätigung des T	ransporteurs						
Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung							
durchgeführt.							
Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt							
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)							
	Datum						
nein ja	TIMMJJJ		t a man a 1 //	Untous shuift also Tromon outours			
Ja		5	tempei/	Unterschrift des Transporteurs			
Abrechnungsdaten des Transporteurs							
IK des Transporteurs Belegnummer Gesamt-Brutto							
Rechnungsnummer							
Positionsnummer Anzahl km Positionsnummer Anzahl km							