

Verordnung einer Krankenförderung

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

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 ambulante Operation gem. § 115b SGB V

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

Behandlungsdaten: Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum:

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsdaten: beim Vertragsarzt sonstige

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

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

Hochfrequente Behandlung gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie) Merkmal „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____ vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

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, nicht umkehrbar liegend andere _____

Rollstuhl

Von	Nach		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Wohnung	Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt <input type="checkbox"/>
<input checked="" 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: nein ja, folgende: _____

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

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes