

# Ärztliche Verordnung über die Notwendigkeit eines Krankentransports entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

## Angaben zur Person

Name des Patienten, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.

, geb. am , Versichertennummer

## Füllt der behandelnde Arzt aus!

### Diagnose:

<input type="checkbox"/> für Hinfahrt <input type="checkbox"/> Taxi / PKW <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> für Rückfahrt <input type="checkbox"/> Taxi / PKW <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Vollstat. Behandlung <input type="checkbox"/> Teilstat. Behandlung <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Vor- und Nachbehandlung bei ambulanter Operation	<input type="checkbox"/> Vor- oder nachstat. Behandlung <input type="checkbox"/> Ambulante Operation <input type="checkbox"/> im Krankenhaus
<b>Ausgangsort</b> <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstiger Ausgangsort mit Angabe:		<b>Behandlungsdaten vom – bis:</b>	
<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstiger Ausgangsort mit Angabe:		<b>OP bzw. ambulante OP am:</b>	

### Art des Transports

Sammeltransport  Wartezeit  
Anzahl der Mitfahrer: Dauer der Wartezeit:

Rollstuhlgerechte Vorrichtung

Begleitperson  Ärztlich / Notärztlich  
 Fachlich / Pflegerisch  
 mit Trageleistung

### Krankheitsursache; evtl. drittverursachter Gesundheitsschaden

Arbeitsunfall /-folge(n)  Versorgungsleiden (BVG)

Sonstiger Unfall /-folge(n)  Gewaltanwendung

Berufskrankheit  Sonstiges:

### Notwendige Fahrt(en) am:

alle Fahrten zur ambulanten Behandlung

Serienbehandlung /-verordnung  
Zeitraum bei Serienbehandlung/-verordnung:  
vom: bis:

bei mir  sonstige:  
vom: bis:

Dialysebehandlung

Schwerbehinderung (Bitte Kopie beifügen!)

Merkmal:  aG  BI  H

onkologische Strahlentherapie oder Chemotherapie

Pflegegrad 3, 4 oder 5 (ab 01.01.2017)

Pflegestufe 2 oder 3 (bis 31.12.2016)

### Schwere Beeinträchtigung der Mobilität:

Bitte beschreiben Sie ausführlich die Beeinträchtigung der Mobilität und beschreiben Sie den jetzigen Gesundheitszustand:

Datum/Ort	Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes
Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01620 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.	

## Füllt die Krankenkasse aus!

### Genehmigung durch die Krankenkasse:

bestätigt  nicht bestätigt vom: bis:

zu leisten  nicht zu leisten  für jede Fahrt  für die erste und letzte Fahrt

Datum/Ort

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse