

Verordnung einer Krankenförderung

Mitteilung von Krankheiten und dritterverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden _____

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

Behandlungsdaten: _____ Datum: _____

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum:

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

 Behandlungsdaten: _____

beim Vertragsarzt im Krankenhaus 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 Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate
 ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____
 voraussichtliche Behandlungsdauer: _____

2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungs-wagen Notarzt-wagen andere _____

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

nein Trage-stuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere _____

Von Nach

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer):	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein ja, folgende: _____

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

DokuFORM · Willy-Brandt-Allee 31a · 23554 Lübeck · Tel. 0700/36583676 · www.dokuform.de

