

**Muster 4: Verordnung einer Krankenförderung, Vorderseite**

(Originalgröße. DIN A5 quer)

2
Freigabe 01.09.2014
Verordnung einer Krankenförderung
4

Gebühr  
frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebühr  
pflicht.

Name, Vorname des Versicherten geb. am

1

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Mitteilung von Krankheiten und dritterursachten 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

**B) ambulante Operation**

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

**C) ambulante Behandlung** (von der Krankenkasse zu genehmigen)

beim Vertragsarzt     im Krankenhaus     sonstige

**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    voraussichtliche Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

ggf. Zeitraum der Serierverordnung: \_\_\_\_\_

**2. Beförderungsmittel**     Taxi, Mietwagen     Krankentransportwagen     Rettungswagen     Notarztwagen     andere

**Begründung des Beförderungsmittels** (ggf. Angabe ICD-10)

**Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:**     nein     Tragestuhl     Nicht umsetzbar aus Rollstuhl     liegend     andere

**Von**    **Nach**    **Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:**

Wohnung     Hinfahrt     Rückfahrt     nein     ja, folgende:

Arztpraxis    Wartezeit (Dauer): \_\_\_\_\_

Krankenhaus    Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): \_\_\_\_\_

andere Beförderungswege \_\_\_\_\_

Verbindliches Muster

8

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10.2014)

**Zu 1:**

In dieses Feld werden die Versichertendaten entsprechend den Angaben der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingetragen. Das Feld beinhaltet auch das Datum der Verordnung. Eine Betriebsstätten-Nummer ist vom Zahnarzt **nicht** einzutragen.

**Zu 2:**

Wenn der Versicherte einen gültigen Zuzahlungs-Befreiungsnachweis vorlegt, ist das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen. Ansonsten ist der Patient gebührenpflichtig und über die Zuzahlungsregelungen nach § 61 SGB V aufzuklären (10 Prozent der Fahrtkosten, aber höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt, aber nicht mehr als die tatsächlichen Kosten).

**Zu 3:**

Für ambulante Behandlungen in der Zahnarztpraxis ist unter Punkt C) das Feld „sonstige“ anzukreuzen und dahinter „Zahnarzt“ einzutragen.

**Zu 4:**

Die Verordnungen für Krankenfahrten sind in folgenden Fällen für Fahrten zur ambulanten zahnärztlichen Behandlung genehmigungsfähig:

- Vorlage eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (Blindheit) oder „H“ (Hilflosigkeit)
- Vorlage eines Einstufungsbescheides gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5

- Bei Einstufung in Pflegegrad 3: Dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität und Bedarf einer Beförderung gegeben
- Bei Einstufung in Pflegestufe 2: Bis zum 31. Dezember 2016 und seit Januar 2017 mindestens Einstufung in Pflegegrad 3

**Zu 4a:**

Vergleichbare dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität. Die Vergleichbare Mobilitätseinschränkung ist zu begründen.

**Bei einer Verordnung durch den Zahnarzt ist kein ICD-10-Code anzugeben.**

**Zu 5:**

Für die Auswahl des Beförderungsmittels ist im jeweiligen Einzelfall die zwingende medizinische Notwendigkeit unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten. Insbesondere ist bei der Auswahl der aktuelle Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit des Patienten zu berücksichtigen. Keinesfalls sind Verordnungen von Fahrten zur Terminabstimmung, zum Erfragen von Befunden, zum Abholen von Rezepten etc. zulässig.

**Zu 6:**

Zusätzlich zur Auswahl des Beförderungsmittels sind ggf. Angaben zu einer notwendigen medizinisch-technischen Ausstattung und/oder medizinisch-fachlichen Betreuung sowie eine Begründung für die Wahl des Beförderungsmittels anzugeben, z. B. Mobilitätseinschränkung, Patient sitzt im Rollstuhl. Auch hier ist vom Zahnarzt **kein** ICD-10-Code anzugeben.

**Zu 7:**

Auf der Verordnung ist weiter anzugeben, von wo nach wo die Beförderung erfolgt und ob Hin- und Rückfahrt verordnet werden. Soweit eine medizinisch-fachliche Betreuung erforderlich ist, ist dies ebenfalls anzugeben.

**Zu 8:**

Feld für den Vertragszahnarztstempel und die Unterschrift des Vertragszahnarztes.