

Zuzahlungs-platz

1

Zuzahlungs-kei

2

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

3

Verordnung einer Krankenförderung 4

☐ Unfall, Unfallfolge

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit

☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung **5**

b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrten mit KTW **ist** unter f) zu verordnen)

c) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: **BEI ÄNDERUNGEN!!!**

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (Genehmigung der Krankenkasse vorzulegen)

d) ☐ hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie) ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4, erforderlich)

e) ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung **6** (gleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4, erforderlich)

f) ☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3, und ggf. 4, erforderlich)

2. Behandlungsstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pr **7** che, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

8

3. Art und Ausstattung der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen ☐ Rollstuhl

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen ☐ Tragestuhl

9

☐ liegend

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung **10 findet)**

11

**STEMPEL
UNTERSCHRIFT
DATUM**

**STEMPEL
UNTERSCHRIFT
DATUM**

**STEMPEL
UNTERSCHRIFT
DATUM**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7/2020)

 **02838-3557**



Eine nicht korrekte Verordnung 4 kommt zurück!
Wichtige Tipps in der Übersicht!

- 1** Krankenkasse eingetragen?
- 2** Patientendaten vollständig?
- 3** Datum eingetragen?
- 4** Fahrtrichtung verordnet?
- 5** Behandlungsgrund angekreuzt?
- 6** Genehmigung vorhanden?
- 7** Datum / Zeitraum eingetragen wenn nicht Ausstellungsdatum?
- 8** Ziel eingetragen wenn nicht dieser Arzt?
- 9** Transportmittel angekreuzt?
- 10** andere Adresse angegeben wenn nicht Start/Ziel = Wohnung?
- 11** Arztunterschrift vorhanden?
- 12** Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.

**STEMPEL
UNTERSCHRIFT
DATUM**

<--- BEI ÄNDERUNGEN!!!



Erläuterungen
zur Vereinbarung über
Vordrucke für die
vertragsärztliche Versorgung
Stand: April 2025 S. 17