

Fahrerlaubnis

(Genehmigungspflicht)
- Ambulante Behandlung (beim Vertragsarzt)

- sog. "Serienfahrten" z.B.: Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie dann mit Angabe der voraussichtlichen Behandlungsfrequenz und -dauer

Beförderungsmittel

- Tragestuhlwagen
- Krankentransportwagen
- Taxi/Mietwagen

Begründung

der Fahrt. Sollte keine ICD-10 bekannt sein, kann hier auch ein Klartext verwendet werden.

Transportmittel

(technische Ausstattung)
Taxi/Mietwagen = "nein"
TSW = "Tragestuhl"
KTW = "Tragestuhl" oder "liegend"

Verordnung einer Krankenförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V
 Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung
A) im Krankenhaus **B) ambulante Operation** Datum:
 Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär ambulante Operation gem. § 115b SGB V
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation
 beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)
Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:
Hochfrequente Behandlung
 gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____
 voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate
 ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____
Dauerhafte Mobilitätseinschränkung
 Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10) _____
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 **Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:**
 Wohnung Hinfahrt Rückfahrt nein ja, folgende: _____
 Arztpraxis Wartezeit (Dauer): _____
 Krankenhaus Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer): _____
 andere Beförderungswege _____

Arztstempel und Unterschrift

 Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10.2014)

Fahrerlaubnis (genehmigungsfrei)

- Einweisung ins Krankenhaus bzw. vor- oder nachstationäre Behandlung

- ambulante OP bzw. Vor-/Nachbehandlung

- Notfall zur Ersten Hilfe

Mobilität

Sollten beim Patienten dauerhafte Mobilitätseinschränkungen vorliegen, so sollten diese hier eingetragen werden.

Transportweg

z.B.: Von "Wohnung" Nach "Arztpraxis" dann üblicherweise "Hinfahrt" und "Rückfahrt" oder auch Von "Wohnung" Nach "Krankenhaus" "Hinfahrt"

Medizinisch-fachliche Betreuung

Taxi/Mietwagen = "nein"
TSW = "nein"

KTW = "ja"
Hier unbedingt eine Begründung eintragen.
z.B.: VZK (VitalZeichenkontrolle), Sauerstoffgabe, Lagerung, Infektionsschutz, Betreuung bei Dement, etc.