

Vorlage ambulante Behandlung

neue Verordnung Muster 4 gültig ab dem 01.07.2020

Kostenübernahme der Krankenkasse **immer** notwendig !!!

Das alte Muster 4 mit Ausstellungsdatum nach dem 30.06.2020 darf nicht mehr verwendet werden.

<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenbeförderung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt und/oder Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!
<input checked="" type="checkbox"/> Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	01.07.2020

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

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

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

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

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar 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. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am 03.07.20 / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)

Name Vertragsarzt/Krankenhaus oder Fachrichtung

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

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

ICD10 oder Diagnosen im Klartext

RTW NAW/NEF andere

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

z.B. Patientengewicht größer 120 kg

Stempel/Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Vorlage ambulante OP und Nachsorge

neue Verordnung Muster 4 gültig ab dem 01.07.2020

ohne Kostenübernahme !!!

Das alte Muster 4 mit Ausstellungsdatum nach dem 30.06.2020 darf nicht mehr verwendet werden.

<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt und/oder	
<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungsfrei	Name, Vorname des Versicherten		
	geb. am		
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
		01.07.2020	
Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!			
1. Grund der Beförderung			
Genehmigungsfreie Fahrten			
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung		
b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)			
c) <input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:	Ambulante OP oder OP-Nachsorge		
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)			
d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)		
e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)			
f) <input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)			
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte			
vom/am	03.07.20	/ <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ	
Behandlungsstätte (Name, Ort)			
Name Vertragsarzt/Krankenhaus oder Fachrichtung			
3. Art und Ausstattung der Beförderung			
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	Stempel/Unterschrift	
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl und/oder		
ICD10 oder Diagnosen im Klartext	<input checked="" type="checkbox"/> liegend		
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere			
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)			
OP-Tag am 03.07.20 oder z.B. Patientengewicht größer 120 kg			
		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	



Vorlage voll- /teilstationäre Krankenhausbehandlung

neue Verordnung Muster 4 gültig ab dem 01.07.2020

ohne Kostenübernahme !!!

Das alte Muster 4 mit Ausstellungsdatum nach dem 30.06.2020 darf nicht mehr verwendet werden.

<input checked="" type="checkbox"/> Zusätzlich Pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankbeförderung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt und/oder
<input checked="" type="checkbox"/> Zusätzlich frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 01.07.2020		
Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!		
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a) <input checked="" type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung	
b) <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)		
c) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:		
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
d) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)	
e) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)		
f) <input checked="" type="checkbox"/> anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)		
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte		
vom/am 03.07.20 / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ		
Behandlungsstätte (Name, Ort) Name Krankenhaus oder Fachrichtung		
3. Art und Ausstattung der Beförderung		
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	Stempel/Unterschrift
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl und/oder	
<u>ICD10 oder Diagnosen im Klartext</u>	<input checked="" type="checkbox"/> liegend	
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere		
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)		
Beginn der stationären Behandlung 03.07.20 oder z.B. Patientengewicht größer 120 kg		
		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)



Vorlage Chemo, Strahlen, Dialyse

neue Verordnung Muster 4 gültig ab dem 01.07.2020

Kostenübernahme der Krankenkasse immer notwendig !!!

Das alte Muster 4 mit Ausstellungsdatum nach dem 30.06.2020 darf nicht mehr verwendet werden.

<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenbeförderung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt und/oder
<input checked="" type="checkbox"/> Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 01.07.2020	

Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

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

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

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

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar 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. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **03.07.20** / **3** x pro Woche, bis voraussichtlich **31.12.20**
Behandlungsstätte (Name, Ort)
Name Vertragsarzt/Krankenhaus oder Fachrichtung

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl
 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen Tragestuhl und/oder liegend
ICD10 oder Diagnosen im Klartext
 RTW NAW/NEF andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)
z.B. Patientengewicht größer 120 kg

Stempel/Unterschrift
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)



Vorlage Notfall- oder Akutfahrt zur Rettungsstelle

neue Verordnung Muster 4 gültig ab dem 01.07.2020

ohne Kostenübernahme !!!

Das alte Muster 4 mit Ausstellungsdatum nach dem 30.06.2020 darf nicht mehr verwendet werden.

<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenbeförderung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt und/oder
<input checked="" type="checkbox"/> Name, Vorname des Versicherten	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum 01.07.2020	

Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

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

c) anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: **Notfall- oder Akutfahrt** (Hinfahrt) **Kurzfristfahrt** (Rückfahrt)

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

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

e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar 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. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am **03.07.20** / x pro Woche, bis voraussichtlich **TTMMJJ**

Behandlungsstätte (Name, Ort)
Krankenhaus Rettungsstelle /Vertragsarzt oder Fachrichtung

3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl

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

ICD10 oder Diagnosen im Klartext

RTW NAW/NEF andere

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

z.B. Patientengewicht größer 120 kg

Stempel/Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



Das ändert sich ab Juli 2020 auf dem Verordnungsformular

Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung mit Taxi oder Mietwagen für Patienten mit Merkzeichen "aG", "Bl", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 sind unter „Genehmigungsfreie Fahrten“ eingeordnet.

Unter „Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen“ wurden Formulierungen und die Anordnung angepasst. **So sind beispielsweise alle Fahrten, die einen Transport mit einem Krankentransportwagen (KTW) erfordern, unter f) anzugeben. Dies gilt auch für KTW-Fahrten zur ambulanten Behandlung für Patienten mit Merkzeichen "aG", "Bl", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5.**

Bei „Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte“ kann bei genehmigungsfreien Fahrten zukünftig auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, wenn der Behandlungstag nicht bekannt ist. Dies kann zum Beispiel dann in Betracht kommen, wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt.

Unter „Art und Ausstattung der Beförderung“ wurde die Angabe von „Rollstuhl“, „Tragestuhl“, „liegend“ für alle Beförderungsmittel ermöglicht. Die bisherige Darstellung hat in der Praxis zu Missverständnissen geführt.

Ferner wurden unter „Begründung/Sonstiges“ die Beispiele um „Gewicht bei Schwergewichtstransport“ ergänzt. Auch diese Änderung folgt aufgrund von Hinweisen aus der Praxis.

Zudem wurden auf der Rückseite Änderungen im Sinne der Transporteure vorgenommen.

Wichtig: Das geänderte Formular wird per Stichtagsregelung zum 1. Juli 2020 eingeführt. Die bisherigen Formulare dürfen nicht aufgebraucht werden. Die Vordruckerläuterungen wurden entsprechend angepasst.