Der 11 Punkte Plan

Frage 1: **Krankenkasse eingetragen?**

Frage 2: **Patientendaten vollständig?**

Frage 3: **Datum eingetragen?**

Frage 4: **Fahrtrichtung verordnet?**

Zuzahlung kassieren wenn kein Befreiungsausweis vorgezeigt wird !

Spitzlei Abrechnungen

© November 2021
www.arz-spitzlei.de

Zuzahlungspflicht — Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungsfrei — Name, Vorname des Versicherten — geb. am

Kostenträgerkennung — Versicherten-Nr. — Status

Betriebsstätten-Nr. — Arzt-Nr. — Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

☐ Unfall, Unfallfolge

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit

☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

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 T T M M J J / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen ☐ Rollstuhl

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

☐ liegend

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

MUSTER

Frage 5: **Behandlungsgrund angekreuzt?**

Frage 6: **Genehmigung vorhanden?**

Frage 7: **Datum / Zeitraum eingetragen wenn nicht Ausstellungsdatum?**

Frage 8: **Ziel eingetragen wenn nicht dieser Arzt?**

Frage 9: **Transportmittel angekreuzt?**

Frage 10: **Arztstempel Arztunterschrift vorhanden?**

Frage 11: **andere Adresse angegeben wenn nicht Start/Ziel = Wohnung?**

Diese Seite der Verordnung ist die Urkunde des Arztes !!!

Verboten sind auf dieser Seite:

- **zusätzliche Vermerke / Anmerkungen / Korrekturen vom Fahrer**
- **maschinell ausgestellte Verordnungen handschriftlich ergänzt (mit Kreuz etc.)**
- **Verwendung von unterschiedlichen Stiftfarben**

Änderungen/Ergänzungen immer vom Arzt mit Stempel <u>UND</u> Unterschrift bestätigen lassen!