

# Vorlage ambulante Behandlung

neue Verordnung Muster 4 gültig ab dem 01.07.2020

**Kostenübernahme der Krankenkasse notwendig!!!**

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

Zusatz- oder Zusatz-	<input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger Techniker Krankenkasse	
	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max 01.01.2001 Musterstr. 5 11111 Musterstadt	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
123456	A123456789	5000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
54321	987654321	01.07.2020

**Verordnung einer Krankenbeförderung 4**

Unfall, Unfallfolge  
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit  
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt und/oder  Rückfahrt

**1. Grund der Beförderung** Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!

**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 Diagnose im Klartext  
Pflichtfeld: fachliche Betreuung  
 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"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger <input checked="" type="checkbox"/> oder <input checked="" type="checkbox"/> Name, Vorname des Versicherten	Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>AOK-Nordost</b> Name, Vorname des Versicherten <b>Mustermann, Max</b> <b>01.01.2001</b> <b>Musterstr. 5</b> <b>11111 Musterstadt</b> Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status <b>123456</b> <b>A123456789</b> <b>5000</b> Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum <b>54321</b> <b>987654321</b> <b>01.07.2020</b>	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung 4</b> <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 <span style="margin-left: 100px;">und/oder</span>
--	--	---



**1. Grund der Beförderung**      Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!

**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: **ambulante OP oder OP Nachsorge**

**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**

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl und/oder
ICD10 oder Diagnose im Klartext	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
Pflichtfeld: fachliche Betreuung	
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere	

Stempel/Unterschrift

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

**OP Tag 02.04.2019**  
 z.B. Patientengewicht größer 120 KG

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Muster 4 (7.2020)



# Vorlage 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"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung</b> <span style="float: right;"><b>4</b></span>
	AOK-Nordost	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge
oder	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit
<input checked="" type="checkbox"/>	Mustermann, Max <span style="float: right;">01.01.2001</span>	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
	Musterstr. 5	
	11111 Musterstadt	
	Kostenträgerkennung: 123456	Versicherten-Nr.: A123456789
		Status: 5000
	Betriebsstätten-Nr.: 54321	Arzt-Nr.: 987654321
		Datum: 01.07.2020
		<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt
		und/oder



Spree Ambulance  
Berlin  
Tag & Nacht  
☎ 030 98 69 41 41  
KRANKENTRANSPORT

**1. Grund der Beförderung** Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a)  voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung oder  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 Krankenhaus oder Fachrichtung

**3. Art und Ausstattung der Beförderung**

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl und/oder
ICD10 oder Diagnose im Klartext	<input checked="" type="checkbox"/> liegend
Pflichtfeld: fachliche Betreuung	
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere	

Stempel/Unterschrift

**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  
08.04.2019 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 notwendig !!!

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung</b> <span style="float: right; font-weight: bold;">4</span>
<input checked="" type="checkbox"/>	AOK-Nordost	
<input checked="" type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)
	Mustermann, Max <span style="float: right;">01.01.2001</span> Musterstr. 5 11111 Musterstadt	
	Kostenträgerkennung	<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt <span style="color: green;">und/oder</span>
	Versicherten-Nr.	
	Status	
	Betriebsstätten-Nr.	
	Arzt-Nr.	
	Datum	
	123456	
	A123456789	
	5000	
	54321	
	987654321	
	01.07.2020	

**1. Grund der Beförderung** Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!

**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  /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort)

**3. Art und Ausstattung der Beförderung**

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl und/oder liegend
<input type="text" value="ICD10 oder Diagnose im Klartext"/>	
<input type="text" value="Pflichtfeld: fachliche Betreuung"/>	
<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)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



# Vorlage Notfall- oder Akutfahrt zur Rettungsstelle oder zum Arzt und zurück

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 oder <input checked="" type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK-Nordost	<b>Verordnung einer Krankenbeförderung</b> 4	
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge	
01.01.2001		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit	
Musterstr. 5		<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)	
11111 Musterstadt		<input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt und/oder	
Kostenträgerkennung 123456	Versicherten-Nr. A123456789	Status 5000	
Betriebsstätten-Nr. 54321	Arzt-Nr. 987654321	Datum 01.07.2020	

**1. Grund der Beförderung** Das Verordnungsdatum darf nicht nach dem Transportdatum liegen!!!

**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.-fächgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

**2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/am 01.07.20 /  x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)  
KH 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 Diagnose im Klartext  
Pflichtfeld: fachliche Betreuung

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)



### **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.**