

← Den kompletten Platz **oben** benötigen wir für die maschinelle Verarbeitung.

**9** Zuzahlungspflicht

Krankenkasse bzw. Kostenträger **1**

Zuzahlungsfrei

Name, Vorname des Versicherten **2** geb. am

Kostenträgerkennung **3** Versicherten-Nr. **4** Status **5**

Betriebsstätten-Nr. **6** Arzt-Nr. **7** Datum **8**

### Verordnung einer Krankenförderung **4**

Unfall, Unfallfolge **10**

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt **11**  Rückfahrt

**12** 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 (Fahr 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)

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

vom/am **TTTMMJJJ** /  x pro Woche, bis voraussichtlich **TTTMMJJJ**

Behandlungsstätte (Name, Ort)

---

**14** 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

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

---

**Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!**

### Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke (von ... nach)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
<b>1</b> TTTMMJJJ	von <b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4</b>
TTTMMJJJ	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bestätigung des Transporteurs**

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt  
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

**15**  nein **Z**  ja

Datum **5** **TTTMMJJJ**

**6** Stempel/Unterschrift des Transporteurs

**Abrechnungsdaten des Transporteurs**

IK des Transporteurs **7** Belegnummer **8** Gesamt-Brutto **14**

Rechnungsnummer **9** Zuzahlung **16**

Positionsnummer **10** Anzahl **12** km **11** Positionsnummer **10** Anzahl **12** km **11**

**13**

# Ihre Angaben

## 1 Fahrdatum

Hier wird das Datum der durchgeführten Fahrten angegeben.

## 2 Angaben zur Fahrstrecke

Genauere Angaben der Fahrstrecke mit Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer, sofern sie sich nicht aus den Stempeln des Krankenhauses oder des Arztes ergeben. Sollte die Adresse des Patienten angefahren werden, reicht dafür die Angabe der Wohnung.\*

## 3 Hinfahrt, Rückfahrt

Es ist anzugeben, ob es sich um eine Hin- und/oder Rückfahrt handelt. Handelt es sich um eine Serienfahrt, so geben Sie immer den kompletten Zeitraum an. Bei Zwischenfahrten muss ersichtlich sein, ob der Eigenanteil bereits berechnet wurde.

## 4 Einzelunterschrift für jede Fahrt durch Patienten

Der Patient muss jede Fahrt eigenhändig unterzeichnen. Nur in begründeten Ausnahmefällen kann „im Auftrag“ unterzeichnet werden. Die Krankenkassen regeln dies jedoch unterschiedlich.

## 5-6 Aktuelles Datum, Stempel und Unterschrift

An dieser Stelle setzen Sie bitte das aktuelle Datum, Ihren Stempel sowie Ihre Unterschrift ein.

## 7 Ihre IK-Nummer

Die IK-Nummer wird zu Ihrer eindeutigen Identifizierung hier eingetragen.

## 8-9 Optional für Ihre Buchhaltung (Beleg- und Rechnungsnummer)

Diese Felder sind bei der Abrechnung über opta data nicht zwingend auszufüllen. Sofern Sie diese für Ihre Buchhaltung benötigen, tragen Sie hier Ihre Rechnungs-/Belegnummern ein. opta data erfasst diese gern gegen einen geringen Aufpreis und druckt Ihre Angaben in den Kundenunterlagen mit ein.

## 10 Positionsnummern

An dieser Stelle werden die Positionsnummern Ihrer Tarife (inkl. Zuschläge) eingetragen, die für das elektronische Abrechnungsverfahren (Datenträgeraustausch DTA) mit den Krankenkassen erforderlich sind.\* Die Positionsnummern werden Ihnen in der Regel von den Krankenkassen mitgeteilt und sind vertraglicher Bestandteil. Hier werden die zu berechnenden Kilometer in Verbindung mit der dazugehörigen Positionsnummer eingetragen.



## 11 km-Angaben

Bitte geben Sie hier die Anzahl der gefahrenen Kilometer je Position an.



## 12 Anzahl aller Positionen

Geben Sie hier bitte die Summe aller abrechnungsfähigen Positionen (Gesamtanzahl) aus Hin- und Rückfahrten an, zum Beispiel Hin- und Rückfahrt = Faktor 2.

## 13 Optionale Angaben zur Unternehmerstatistik

Bitte notieren Sie hier bei Bedarf Ihre Angaben zur Unternehmerstatistik.

## 14 Gesamtbruttobetrag

Geben Sie hier bitte den Gesamtbruttobetrag inklusive ZZ (Zuzahlung) an.



## 15 Vermerk Zuzahlungsrechnung „Z“

Vermerken Sie hier bitte mit einem „Z“, wenn wir für diesen Vorgang eine Zuzahlungsrechnung an Ihren Patienten schreiben sollen.

## 16 Bezahlte Zuzahlungsanteile

Sollten Sie bereits den Zuzahlungsbetrag vom Patienten kassiert haben, geben Sie hier bitte den bereits eingemommenen Euro-Betrag an.

# Angaben des Arztes

## 1 Krankenkassen-/Kostenträgerinformationen

Die meisten Verordnungen werden heute mit Krankenversichererkarten ausgefüllt. Daher beinhalten die Verordnungen in der Regel schon die korrekten Krankenkassenbezeichnungen. Sollten Ihnen dennoch handgeschriebene Verordnungen vorgelegt werden, sind diese auf eindeutige Bezeichnungen hin zu überprüfen – nur der Eintrag „AOK“ oder „BKK“ ist nicht ausreichend.

## 2-4 Patientendaten

Hier handelt es sich um die persönlichen Daten des Versicherten. Diese Angaben müssen in jedem Fall vollständig sein. Fehlt die Versicherten-Nummer, sind mindestens die Adresse des Patienten sowie das Geburtsdatum vollständig anzugeben. Bitte prüfen Sie auch die Gültigkeit der Krankenversichererkarte.

## 5 Status

Der Status sagt aus, in welchem Versichertenverhältnis (Mitglied, Familienangehöriger oder Rentner) der Patient steht.

## 6 Betriebsstätten-Nummer

Ärzte dürfen nach geltendem Recht sogenannte „Betriebsstätten“ betreiben. Die Betriebsstätten-Nummer des ausstellenden Arztes wird an dieser Stelle eingetragen.

## 7 Arzt-Nummer

Die Angabe der Arzt-Nummer erfolgt hier.

## 8 Ausstellungsdatum

Das Eintragen des Ausstellungsdatums ist zwingend erforderlich.

## 9 Zuzahlungsfrei oder Zuzahlungspflichtig

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist der Versicherte zuzahlungspflichtig und damit ist das Feld „Zuzahlungspflichtig“ auf der Verordnung anzukreuzen. Im Falle der Zuzahlungsbefreiung lassen Sie sich bitte den Befreiungsausweis des Versicherten vorlegen. Handschriftliche Änderungen auf der Verordnung müssen vom Arzt mit Datum, Stempel und Unterschrift genehmigt werden.

## 10 Unfall, Arbeitsunfall, Versorgungsleiden

Angaben über die Krankheitsursachen werden hier eingetragen. Die Ärzte sind zur Mitteilung an die Krankenkassen verpflichtet.

## 11 Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächsten erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig. Die Transportwege (Hin- und Rückfahrt) sind auf der Verordnung anzugeben und später im Abrechnungsprozess genau mit den Angaben von Straße und Postleitzahl an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies ergänzen Sie durch die Angaben auf der Rückseite (siehe Punkt 2 Rückseite).

## 12 Grund der Beförderung

Unterschieden wird hier in erster Linie zwischen genehmigungsfreien Fahrten (voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung und vor-/nachstationäre Behandlung) und genehmigungspflichtigen Fahrten zur ambulanten Behandlung (hochfrequente Behandlungen wie z. B. Dialysefahrten und dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigungen). Die Hauptleistungen müssen für die Zuordnung der Leistungsart angegeben sein und sind dem Genehmigungsschreiben der Krankenkasse für die Abrechnung beizulegen.

## 13 Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächste erreichbare und geeignete Behandlungsstätte

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz und die Behandlungsstätte anzugeben (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes). Dabei ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrtkosten in der Regel bis zur nächsten erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

## 14 Art der Beförderung

Das medizinisch notwendige Beförderungsmittel ist unbedingt anzugeben, ebenso die Notwendigkeit medizinisch-fachlicher Betreuung und/oder die notwendige Einrichtung.

## 15 Sonstiges

Dieses Freitextfeld ist für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B. für die:

- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von der Wohnung bzw. zur Wohnung des Patienten stattfindet.
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang.

## 16 Unterschrift und Stempel

Achten Sie hier bitte darauf, dass der Stempel und die Unterschrift des Arztes angegeben sind. Anderenfalls wird die Krankenkasse die Verordnung unbezahlt ablehnen.