

# Angaben des Arztes

- 1 Krankenkassen-/Kostenträgerinformationen**

Die meisten Verordnungen werden heute mit Krankenversichertenkarten 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 Krankenversichertenkarte.
- 5 Status**

Der Status sagt aus, in welchem Versichertenverhältnis (Mitglied, Familienangehöriger oder Rentner) der Patient steht.
- 6 Betriebsstätten-Nummer**

Ärzte dürfen nach neuem 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. Hinweis: Wenn Sie Ihre Verordnungen zur Abrechnung der opta data geben, tragen Sie bitte oben links ein „F“ für „frei“ ein.
- 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.

### Verordnung einer Krankenförderung 4

9	Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger <span style="float: right;">1</span>
9	Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">2</span> geb. am
	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. <span style="float: right;">4</span> Status <span style="float: right;">5</span>
	Betriebsstätten-Nr. <span style="float: right;">6</span>	Arzt-Nr. <span style="float: right;">7</span> Datum <span style="float: right;">8</span>

**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)

**12**

**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) \_\_\_\_\_

**14**

**3. Art und Ausstattung der Beförderung**

<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____	<input type="checkbox"/> Tragestuhl
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> NAW/NEF	<input type="checkbox"/> andere _____

**15**

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

Vertragsarzt 16

**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)	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten						
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> <span style="float: right;">1</span>	T	T	M	M	J	J	von _____ <span style="float: right;">2</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<span style="float: right;">4</span>
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	von _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	von _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	von _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	von _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	von _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J	nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T	T	M	M	J	J					

**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)

nein **Z**  ja Datum 5

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

6 \_\_\_\_\_  
 Stempel/Unterschrift des Transporteurs

**Abrechnungsdaten des Transporteurs**

IK des Transporteurs <span style="float: right;">7</span>	Belegnummer <span style="float: right;">8</span>	Gesamt-Brutto <span style="float: right;">14</span>
Rechnungsnummer <span style="float: right;">9</span>	Zuzahlung <span style="float: right;">16</span>	
Positionsnummer <span style="float: right;">10</span>	Anzahl <span style="float: right;">12</span>	km <span style="float: right;">11</span>
Positionsnummer <span style="float: right;">10</span>	Anzahl <span style="float: right;">12</span>	km <span style="float: right;">11</span>

13

# Grund der Beförderung – genehmigungsfreie und genehmigungspflichtige Leistungen

## Genehmigungsfreie Leistungen

- **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung** – siehe Punkt a auf der Musterverordnung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung bzw. zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

- **anderer Grund, z. B. Fahrten zu stationären Hospizen** – siehe Punkt c auf der Musterverordnung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig:

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (z. B. Hospizen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationsersetzenden ambulanten Operation im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung,
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall).

## Genehmigungspflichtige Leistungen zur ambulanten Behandlung

- **hochfrequente Behandlung** – siehe Punkt d auf der Musterverordnung

- **Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie**

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist. Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

- **vergleichbarer Ausnahmefall**

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

- **anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert** – siehe Punkt f auf der Musterverordnung

Andere Gründe als die vorgenannten, können die Verordnung einer Krankenbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird. Es muss angegeben werden, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird. Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine nicht zwingend medizinisch notwendige Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten anzugeben. Weiterhin ist der Grund „Verlegung“ zu erfassen.