



PHOENIX AMBULANZ SPICKZETTEL

Für Einweisungen / nicht ambulante
Krankenhausbehandlungen

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4 <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG) <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
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 0 1 0 7 2 0 / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich T T T M M J J J		
Behandlungsstätte (Name, Ort) Musterkrankenhaus, Musterstraße, 12345 Musterstadt		
3. Art und Ausstattung der Beförderung		
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen:	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	Tragestuhl oder liegend entsprechendes ankreuzen
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl	
Begründung als ICD-10 Code angeben	<input 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)		
Wenn Wohnort von Meldeadresse abweicht, hier angeben		
Stempel + Unterschrift		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Kreuz entweder bei voll-/ teilstationär ODER vor-/ nachstationär



PHOENIX AMBULANZ SPICKZETTEL

Für ambulante Behandlungen

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer Krankenförderung 4 <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
Zuzahlungs-frei	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a)	<input 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 0 1 0 7 2 0 / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich T T T M M J J J		
Behandlungsstätte (Name, Ort) Musterpraxis, Musterstraße, 12345 Musterstadt		
3. Art und Ausstattung der Beförderung		
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen:	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	Tragestuhl oder liegend entsprechendes ankreuzen
<input checked="" type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	<input type="checkbox"/> Tragestuhl	
Begründung als ICD-10 Code angeben	<input 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)		
Wenn Wohnort von Meldeadresse abweicht, hier angeben		
Stempel + Unterschrift		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Angaben bei c), d) und e) sind optional

☎ 040 19725

Wir befördern Hamburg

www.phoenix-ambulanz.de

☎ 040 19725

Wir befördern Hamburg

www.phoenix-ambulanz.de