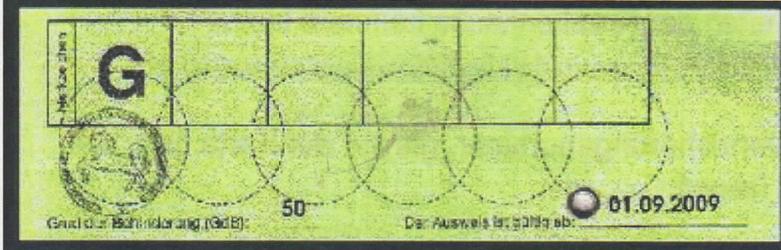


Ergänzungsblatt zum Notfallausweis:

Folgende Merkzeichen berechtigen zur Inanspruchnahme bestimmter Nachteilsausgleiche:



aG = außergewöhnlich gehbehindert

G = erheblich gehbehindert

H = hilflos

B = Notwendigkeit ständiger Begleitung

Bl = blind

Gl = Gehörlose

Gebühr		Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung einer Krankenbeförderung		4
Gebührpflicht		Name, Vorname des Versicherten		Mittlung von Krankheiten und dritverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V		
		Kassen-Nr. Versicherungs-Nr. Status		<input checked="" type="checkbox"/> Unfall, <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG i. d. V.), <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden		
		Vertragsart-Nr. VK gültig bis Datum		1. Hauptleistung A) im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär		
				B) ambulante Operation <input type="checkbox"/> ambulante Operation gem. § 115b SGB V <input type="checkbox"/> Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation		Datum
				<input type="checkbox"/> beim Vertragsarzt <input checked="" type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonstige		
		C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)		Dauerhafte Mobilitätseinschränkung: <input checked="" type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt <input checked="" type="checkbox"/> vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)		
		Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 40 Abs. 1 SGB V:				
		Hochfrequente Behandlung				
		<input type="checkbox"/> gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie oder Strahlentherapie) <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall wegen		voraussichtliche Behandlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> X pro Woche über <input type="checkbox"/> Monate voraussichtliche Behandlungsdauer:		
		ggf. Zeitraum der Senkverordnung		2. Beförderungsmittel <input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen <input type="checkbox"/> Kranken-transportwagen <input checked="" type="checkbox"/> Rettungswagen <input checked="" type="checkbox"/> Notarztwagen <input type="checkbox"/> andere		
		Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)				
		Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tragstuhl <input type="checkbox"/> Nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input checked="" type="checkbox"/> legend <input type="checkbox"/> andere		
		Von Nach		Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:		
		<input checked="" type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> andere Beförderungswege		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:		
		Hinterrt Wartezeit (Dauer): Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):				
		Rückfahrt Rückfahrt				
				Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes Muster 4 (F 2004)		

B = Notwendigkeit ständiger Begleitung

- 1 Kreuzen Sie bitte Merzeichen ag,, Bl,, H,, an.
2. Dann kreuzen da drunter auch an.
- 3 Beförderungsmittel ankreuzen.
4. Zum Schluss muss der Passend hinten unterschreiben.