

Interoperabilitätsforum

Neues Muster 4 - Krankenförderung

Köln, 06./07. Dezember 2018



Agenda

- 1 Das neue Muster 4
- 2 Sections
- 3 Entries - Vorderseite
- 4 Neues Projekt – Reha-Entlassmanagement

Krankenförderung

Das neue Muster 4

Neues Muster 4 - Vorderseite

Ab 04/2019

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung einer Krankenbeförderung 4		
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit		
			<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)		
			<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt		
1. Grund der Beförderung					
Genehmigungsfreie Fahrten					
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung					
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____					
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)					
c) hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)					
d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 <input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)					
Begründung _____					
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)					
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte					
vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>					
Behandlungsstätte (Name, Ort) _____					
3. Art der Beförderung					
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Tragestuhl <input type="checkbox"/> liegend					
<input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____					
<input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> NAW/NEF <input type="checkbox"/> andere _____					
Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) _____					
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____					

Muster 4 (4.2019)

Neues Muster 4 - Rückseite

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
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T T M M J J	von nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

nein ja, vom T T M M J J

Datum
T T M M J J

3. Korrektur 12.04.2018

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Rechnungsnummer

Krankenförderung

Sections

Neues Muster 4 – Alle Sections

04: Krankenförderung –

History (15)

hl7:id	II	1 ... 1	R		F04K-rung
▶ hl7:code	CE (erforderlich)	1 ... 1	M		F04K-rung
▶ hl7:title	SI	0 ... 1			F04K-rung
hl7:effectiveTime	IS	1 ... 1	R		F04K-rung
▶ hl7:confidentialityCode	CE	1 ... 1	R		F04K-rung
hl7:setId	II	0 ... 1			F04K-rung
hl7:versionNumber	INT	0 ... 1			F04K-rung
▶ Eingefügt		1 ... *	R	von 1.2.276.0.76.10.2048 CDA recordTarget (vomgt) (DYNAMIC)	
▶ Eingefügt		1 ... *	R	von 1.2.276.0.76.10.2049 CDA author Person (vomgt) (DYNAMIC)	
▶ Eingefügt				von 1.2.276.0.76.10.2031 CDA author software (pmp) (DYNAMIC)	
▶ Eingefügt		1 ... 1	R	von 1.2.276.0.76.10.2004 CDA custodian (DYNAMIC)	
▶ Eingefügt		0 ... 1		von 1.2.276.0.76.10.2020 CDA legalAuthenticator (DYNAMIC)	
▼ hl7:component		1 ... 1	R		F04K-rung
@typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
@contextConductionInd	bl	1 ... 1	R		
▼ hl7:structuredBody		1 ... 1	R		F04K-rung
@classCode	cs	0 ... 1	F	DOCBODY	
▶ hl7:component		1 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.10.3103 Insurance Section (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		0 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.42 Accident Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		0 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.40 Zuzahlung Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		1 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.53 Grund Beförderung Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		1 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.48 Art Befoerderung Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		1 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.87 Sonstiges Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		1 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.84 Empfangsbestaetigung Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		1 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.93 BFBestaetigung Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung
▶ hl7:component		1 ... 1	R	Beinhaltet 1.2.276.0.76.3.1.135.8.10.98 Abrechnungsdaten Section (04) (DYNAMIC)	F04K-rung

Neues Muster 4 – Alte Sections

Die markierten Bereiche sind unverändert geblieben und werden übernommen.

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung _____

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl liegend

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____

RTW NAW/NEF andere _____

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes _____

Muster 4 (4.2019)

Neues Muster 4 – Neue Sections

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung einer Krankenbeförderung 4	
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)	
geb. am			<input type="checkbox"/> Hinfahrt 1 <input type="checkbox"/> Rückfahrt	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** Merkzeichen „aG“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung _____

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl liegend
 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____
 RTW NAW/NEF andere _____

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht zur Wohnung stattfindet) _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

Neu geplante Sections

Krankenförderung

Entries – Section 1

Entry – Beförderung

<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt
1. Grund der Beförderung	
Genehmigungsfreie Fahrten	
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:	<input type="text"/>
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)	
c) hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5	<input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)
Begründung <input type="text"/>	
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)	
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte	
vom/am <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	
Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/>	

Entry – Beförderung

Act

<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt
1. Grund für Beförderung	
Genehmigungspflichtige Fahrten	
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:	<input type="text"/>
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)	
c) hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5	<input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)
Begründung <input type="text"/>	
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)	
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte	
vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>	
Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/>	

Entry – Beförderung

Act

Beziehung:
COMP

<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt
1. Grund der Beförderung	
Genehmigungsfreie Fahrten	
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:	<input type="text"/>
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)	
c) hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5	<input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)
Begründung <input type="text"/>	
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)	
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte	
vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>	
Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/>	

Entry – Beförderung

Act

Beziehung:
RSON

<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt
1. Grund der Beförderung	
Genehmigungsfreie Fahrten	
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____	
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)	
c) hochfrequente Behandlung <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5	<input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)
Begründung _____	
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)	
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte	
vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>	
Behandlungsstätte (Name, Ort) _____	

Entry – Beförderung

Act

Procedure

Beziehung:
RSO

<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt	
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung	
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:		
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
c) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung	<input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
d) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5	<input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)
Begründung		
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)		
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte		
vom/am	<input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich	<input type="text" value="TTMMJJ"/>
Behandlungsstätte (Name, Ort)		
<input type="text"/>		

Entry – Beförderung

Act

Observation

Beziehung:
RSON

<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt	
1. Grund der Beförderung		
Genehmigungsfreie Fahrten		
a) <input type="checkbox"/> voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung	
b) <input type="checkbox"/> anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:	<input type="text"/>	
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)		
c) <input type="checkbox"/> hochfrequente Behandlung	<input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)
d) <input type="checkbox"/> dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5	<input type="checkbox"/> vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)
Begründung <input type="text"/>		
e) <input type="checkbox"/> anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)		
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte		
vom/am	<input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, bis voraussichtlich	<input type="text" value="TTMMJJ"/>
Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/>		

Entry – Behandlung

Act

Beziehung:
COMP

Supply

Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung _____

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

Krankenförderung

Entries – Section 2

Entry – Art der Beförderung

Act

3. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen: Rollstuhl Tragestuhl liegend

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig

RTW NAW/NEF andere

Act



EntryRelationship



Qualifier

Krankenförderung

Entries – Section 3

Entry – Sonstiges

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Sonstige Angaben, die rein „handschriftlich“ sind, werden ausschließlich durch eine Section abgebildet.

Vorstellung neues Projekt

Reha-Entlassmanagement

Reha-Entlassmanagement

Kurze Vorstellung der PDF-Formulare zum
Reha-Entlassmanagement

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit