

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Transportmittel

Die Patientin bzw. der Patient braucht folgendes Transportmittel:

Hinfahrt: ☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW ☐ Taxi ☐ Behindertentransport-Wagen  
☐ Tragestuhlwagen ☐ Liegemietwagen ☐ Krankentransport-Wagen

Rückfahrt: ☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW ☐ Taxi ☐ Behindertentransport-Wagen  
☐ Tragestuhlwagen ☐ Liegemietwagen ☐ Krankentransport-Wagen

### Wenn mit Krankentransport-Wagen

Ein Krankentransport-Wagen wird gebraucht, da eine medizinisch-fachliche Betreuung oder Einrichtung notwendig ist, wegen:

## Ort der Behandlung

Name der Praxis / Klinik																													
Straße, Nr.																													
PLZ					Ort																								

## Angaben zur nächsterreichbaren Praxis / Klinik

Es ist eine Direkteinweisung oder Direktüberweisung. ☐ ja ☐ nein

Wenn nein:

Name der nächsterreichbaren Praxis / Klinik																													
Straße, Nr.																													
PLZ					Ort																								

## Angaben zur Begleitperson

Eine Begleitperson ist medizinisch erforderlich für die

☐ Hinfahrt. ☐ Rückfahrt. ☐ Hin- und Rückfahrt.



## Angaben zur ambulanten Behandlung

- ☐ Die Patientin bzw. der Patient ist in ihrer bzw. seiner Mobilität eingeschränkt und braucht ambulante Behandlungen. Sie bzw. er hat einen Schwerbehinderten-Ausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H". Oder sie bzw. er hat Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nach SGB XI.
- ☐ Die Patientin bzw. der Patient ist in ihrer bzw. seiner Mobilität dauerhaft eingeschränkt und braucht ambulante Behandlungen für mindestens 6 Monate.  
Bitte geben Sie uns dafür eine medizinische Begründung.

## Angaben zur hochfrequenten Behandlung

Die Patientin bzw. der Patient braucht folgende hochfrequente Behandlung:

- ☐ Dialyse    ☐ onkologische Chemo- oder Strahlentherapie    ☐ vergleichbarer Ausnahmefall

### Wenn vergleichbarer Ausnahmefall:

Bitte geben Sie uns eine medizinische Begründung.

Bitte tragen Sie die wöchentlichen oder monatlichen Behandlungen oder die Gesamtzahl ein.

--	--

wöchentliche  
Behandlungen

--	--	--

monatliche  
Behandlungen

--	--	--	--

Gesamtzahl der  
Behandlungen

## Angaben zur stationersetzenden ambulanten Operation

- ☐ Es ist eine ambulante Operation (nach §115b SGB V), die aus patientenindividuellen oder anderen besonderen Gründen eine voll- oder teilstationäre Behandlung ersetzt.  
Bitte geben Sie uns dafür eine Begründung.

507143526425



Ergänzende Angaben

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Tag

Monat

Jahr

Unterschrift, Stempel der Ärztin bzw. des Arztes bzw. der Praxis

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

507143526425

