

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  |                  |        | <b>Verordnung einer Krankenbeförderung 4</b>                         |  |  |
| 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 |  |  |
| <b>1. Grund der Beförderung</b>   |                  |        |  |  |  |
| <b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>  |                  |        |  |  |  |
| 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: _____  |                  |        |  |  |  |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b>   |                  |        |  |  |  |
| c) <b>hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)   |                  |        |  |  |  |
| d) <b>dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b> <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)  |                  |        |  |  |  |
| <b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>   |                  |        |  |  |  |
| vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="text" value=""/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>   |                  |        |  |  |  |
| Behandlungsstätte (Name, Ort) _____   |                  |        |  |  |  |
| <b>3. Art der Beförderung</b>   |                  |        |  |  |  |
| <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<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>nach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| T T M M J J | von<br>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 Beförderung 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.

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

**3**

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   |
| <b>1. Grund der Beförderung</b>   |  |
| <b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>  |  |
| 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"/>   |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b>   |  |
| c) <b>hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie  | <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)   |
| d) <b>dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b> <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)  |  |
| <b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>   |  |
| 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)<br><input type="text"/>   |  |

# Entry – Beförderung

Act

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/>  | Hinfahrt  | <input type="checkbox"/>   | Rückfahrt  |
| <b>1. Grund für Beförderung</b>   |   |  |  |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten</b>   |   |  |  |
| 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: _____   |  |  |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b> |   |  |  |
| 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) |  |  |
| <b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>                 |   |  |  |
| vom/am  | <input type="text" value="TTMMJJ"/>   | /  | <input type="text" value="x"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>                                  |
| Behandlungsstätte (Name, Ort) _____   |   |  |  |

# Entry – Beförderung

Act

Beziehung:  
**COMP**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hinfahrt  | <input type="checkbox"/> Rückfahrt   |
| <b>1. Grund der Beförderung</b>  |  |
| <b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>   |  |
| 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"/>   |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b>  |  |
| c) <b>hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie   | <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)   |
| d) <b>dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b> <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)                                     |  |
| <b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>  |  |
| vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="text"/> x pro Woche, bis voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>   |  |
| Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/>   |  |

# Entry – Beförderung

Act

Beziehung:  
RSO

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, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort) \_\_\_\_\_

# Entry – Beförderung

Act

Procedure

Beziehung:  
RSON

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hinfahrt  | <input type="checkbox"/> Rückfahrt   |  |
| <b>1. Grund der Beförderung</b>  |  |  |
| <b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>   |  |  |
| 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:   |  |  |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b>                                |  |  |
| 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) |  |  |
| <b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>  |  |  |
| vom/am   | <input type="text" value="TTMMJJ"/>  | / <input type="text" value="x"/> 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   |
| <b>1. Grund der Beförderung</b>  |  |
| <b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>   |  |
| 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"/>   |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b>  |  |
| c) <b>hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie   | <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)   |
| d) <b>dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b> <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)                                     |  |
| <b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>  |  |
| 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

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hinfahrt  | <input type="checkbox"/> Rückfahrt   |
| <b>1. Grund der Beförderung</b>  |  |
| <b>Genehmigungsfreie Fahrten</b>   |  |
| 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"/>   |
| <b>Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)</b>  |  |
| c) <b>hochfrequente Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie   | <input type="checkbox"/> vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)   |
| d) <b>dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung</b> <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)                                     |  |
| <b>2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte</b>  |  |
| vom/am <input type="text" value="TTMMJJ"/> / <input type="checkbox"/> x pro Woche, voraussichtlich <input type="text" value="TTMMJJ"/>   |  |
| Behandlungsstätte (Name, Ort) <input type="text"/>   |  |

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