

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr pflicht.	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Mitteilung von Krankheiten und dritterverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallfolgen
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 Versorgungsleiden (BVG u.a.)
 sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Behandlungsdaten

beim Vertragsarzt
 im Krankenhaus
 sonstige

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalls gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkmzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer:

ggf. Zeitraum der Serienverordnung

2. Beförderungsmittel

Taxi, Mietwagen
 Kranken-transportwagen
 Rettungs- wagen
 Notarzt- wagen
 andere

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10)

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich:

nein
 Trage- stuhl
 Nicht umsetzbar aus Rollstuhl
 liegend
 andere

Von Nach

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	Wartezeit (Dauer):	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer):	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Beförderungswege	<input type="text"/>			

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig:

nein
 ja, folgende:

Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

