Zuzah- lungs- pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Verordnung einer 4					
Zuzah-	Name, Vorname des Versicherten	Krankenbeförderung					
lungs- frei	geb. am	Unfall, Unfallfolge					
		Arbeitsunfall, Berufskrankheit					
	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Versorgungsleiden (z.B. BVG)					
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	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 Mobilitäts- beeinträchtigung  Merkzeichen "aG", "BI", "H", Pfleg grad 3 mit dauerhafter Mobilitäts- beeinträchtigung, Pflegegrad 4 od	trächtigung und Behandlungs-					
	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						
	Denandiangsstatte ( <b>name, ort</b> )						
_	3. Art der Beförderung						
	Taxi/Mietwagen: Roll-stuhl Trage-stuhl liegen	d					
	KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen						
	RTW NAW/ andere	-					
	Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfal	nrt,					
	Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)						
		Ventus geografication et / Lietere chrift des Austre					

## 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-	Rück-	Unterschrift des Versicherten			
	von	fahrt	fahrt				
TITISAISAI ALA	nach						
	von						
TITIBAINAL ILI	nach						
	von						
TTMMJJJ	nach						
	von						
TTMMJJ	nach						
	von			07			
TTMMJJ	nach		H				
	von						
TTMMJJ	nach	F					
	von						
TTMMJJ	nach	Ш	Ш				
T T M M J J	von						
Bestätigung des T							
Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.							
Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt							
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)							
nein ja, vom TTMMJJ							
	Datum						
	LIMMIT	,	tompo!	Intercebrift des Transporteurs			
		S	rempel/l	Unterschrift des Transporteurs			
Abrechnungsdaten des Transporteurs							
IK des Transporteurs	Belegnummer	, ,					
Rechnungsnummer							
		$\perp$					