



**HZV UPDATE -
DOKUMENTATION**

Versorgungssteuerung AOK Sachsen-Anhalt

Inhaltsverzeichnis

- 1 Muster 4 (Krankenförderung) - Neue Formularversion Papier & BFB 04.20193**

1 Muster 4 (Krankenbeförderung) - Neue Formularversion Papier & BFB 04.2019

Eine neue Formularversion des Formulars Muster 4 – Krankenbeförderung wird mit der Installation der aktuellen CGM ALBIS Version, ab dem 04.01.2019 aktiv. Die neue Formularversion ist als Papier- und Blankoformularversion (BFB) in CGM ALBIS integriert. Bereits ältere, ausgestellte Formulare lassen sich weiterhin wie gewohnt öffnen und ausdrucken. Sie erreichen das Formular über den Menüpunkt Formular Krankenbeförderung (4).

Verordnung einer Krankenbeförderung ✕

Krankenkasse bzw. Kartenträger		
AOK Sachsen-Anhalt		
Name, Vorname der Versicherten		
Mustermann	geb. am	01.12.1943
Musterstraße 43		
D 56070 Koblenz		
Kartenzugehörigkeit		
Kartenzugangs-Nr.	Versicherten-Nr.	Stichtag
101097008	Z987654321	5000000
Beitragsdaten		
Beitrags-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
885555500	107777700	<input checked="" type="checkbox"/> 15.04.2019

Gebührenfrei **Gebührenpflichtig**

Unfall, Unfallfolge
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit
 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Fahrt
 Hinfahrt Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

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

b) anderer Grund:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

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

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** Merkzeichen "aG", "B1", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate

Begründung:

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert

2. Behandlungstag/-frequenz und -stätte

vom/am / x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte

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

Wird im Bereich Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen und d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung der Schalter vergleichbare

Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate gesetzt, erscheint der folgende Link:

d) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung** Merkzeichen "aG", "BI", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate

Begründung:

[Zur Vermeidung von Rückfragen und zur schnelleren Bearbeitung füllen Sie bitte den hinterlegten Bericht aus. Er ist nach EBM Ziff. 01621 abrechenbar.](#)

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert

Nach Klick auf diesen Link erscheint das Formular AOK Sachsen-Anhalt Arztanfrage:

AOK Sachsen-Anhalt Arztanfrage Formular

Krankenkasse bzw. Kostenträger		AOK Sachsen-Anhalt 85101	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Mustermann		01.12.43	
Adresse			
Musterstraße 43			
D 56070 Koblenz			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
101097008	2987654321	50000	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
885555500	107777700	22.02.19	

Hinweis: Bitte geben Sie die ausgefüllte Anfrage Ihrem Patienten mit oder senden Sie sie per Fax an: 0391 / 28 78 46422

Arztanfrage zur Feststellung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

091 Fahrkosten bei ambulanten und stationären Behandlungen nach § 60 SGB V

- Wegen welcher Erkrankung befindet sich der/die PatientIn aktuell in regelmäßiger Behandlung?
- Welche Begleiterkrankungen liegen vor, die regelmäßig behandelt werden müssen?
- Wie wird die Hauptdiagnose behandelt und wie oft? (Therapieschema)
- Über welchen Zeitraum erstreckt sich die Behandlung?
- Ergibt sich durch die durchgeführte Behandlung eine wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes der/des Patientin/Patienten? Wenn ja, welche?
- Ist wegen außergewöhnlicher Behinderung beim Gehen die Fortbewegung auf das Schwerste eingeschränkt oder besteht eine vergleichbare Hilflosigkeit? Wenn ja, welche Gehstrecke kann der/die Patient/in gegenwärtig und voraussichtlich im Verlauf des nächsten 1/2 Jahres selbständig zurücklegen (bitte Angaben in Metern) und/oder welche vergleichbare Hilflosigkeit besteht?

7. Ist der/die PatientIn dauerhaft auf Hilfsmittel angewiesen? Wenn ja, auf welche?

Dieses Formular hat eine gültige Signatur.

Dieses Formular können Sie auf gewohnte Weise ausfüllen, drucken und speichern.

In der Karteikarte des Patienten wird das Formular mit dem Kürzel **fi v** hinterlegt, ebenfalls wird das

Formular in der patientenbezogenen IV Verwaltung über das Icon  gespeichert:

