

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

Ihr Arzt hat Ihnen einen Transportschein ausgestellt, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, mit dem Taxi zu einem Arzt, einer Klinik oder einer Therapie zu fahren.

Oben auf dem Transportschein finden Sie Ihre persönlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse). Rechts daneben kann der Arzt vermerken, falls es sich um einen Unfall / Arbeitsunfall handelt, sowie ob der Schein für Hin- und Rückfahrt gültig sein soll.

Darunter finden Sie den wichtigsten Punkt 1:

**„Grund der Beförderung“**

Es wird unterschieden zwischen „genehmigungsfrei“ (Gründe a-c) und „genehmigungspflichtig“ (Gründe d-f).

Unter Punkt 4 kann der Arzt noch weitere Begründungen/Informationen eintragen.

**Und zu guter Letzt:**

Stempel und Unterschrift des Arztes

**Nähere Informationen finden Sie in dieser Broschüre**

**Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**



# Jakubiak

## 02365 44400

**Erkennbar am  
Kennzeichen:**



# Transportschein

**WAS  
NUN ???**

Ein kleiner Leitfaden mit Dingen, auf die Sie achten sollten...

## 1. Grund der Beförderung

Bei genehmigungsfreien Fahrten (**Grund a**), die in der Regel mit stationären Krankenhausaufenthalten zusammenhängen, kann der Arzt unter Punkt 4. (Begründung/Sonstiges) ergänzende Angaben machen. Zum Beispiel das Datum der Behandlung bei vor-/nachstationärer Behandlung.

Bei genehmigungsfreien, ambulanten Fahrten (**Grund b**) muss in jedem Fall einer der folgenden Gründe vorliegen:

Merkzeichen aG, Bl oder H

Pflegegrad 3 **mit** Mobilitätseinschränkung

Pflegegrad 4 oder 5

Genehmigungsfreie Fahrten aus anderen Gründen (**Grund c**) muss der Arzt entsprechend begründen.

In all diesen Fällen brauchen Sie sich **nicht** mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung zu setzen.

Sie müssen den Transportschein nur dem Taxifahrer geben und die Fahrt mit Ihrer Unterschrift quittieren.

Die **Gründe d, e und f** benötigen immer eine Genehmigung von Ihrer Krankenkasse. Dazu setzen Sie sich bitte mit Ihrer Kasse in Verbindung.

Ohne diese Genehmigung kann die Kasse die Übernahme der Fahrtkosten verweigern und Sie müssen die Kosten selbst tragen.

**Verordnung einer Krankenbeförderung** 4

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

**1. Grund der Beförderung**

**Genehmigungsfreie Fahrten**

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

b)  ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätseinschränkung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrten mit KTW ist unter f) zu verwenden)

c)  anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen: \_\_\_\_\_

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

d)  hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)  vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e)  dauerhafte Mobilitätseinschränkung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f)  anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. nichtgerichtetes Liegen, Tragen, Liegen erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

**2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächst erreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/ab \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ x pro Woche, voraussichtlich \_\_\_\_\_

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

**3. Art und Ausstattung der Beförderung**

Taxi/Mietwagen  Rollstuhl  
 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen \_\_\_\_\_  Tragestuhl  
 RTW  NAW/NEF  andere \_\_\_\_\_  liegend

**4. Begründung/Sonstiges** (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwereguttransport, Warbzell, Gefäßschonmaß, Ortsgabe, wenn Beförderung nicht vor zur Wohnung anfragbar)

Vertragsstempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Muster 4 (7.2023)

## 2. Behandlungstag

Hier trägt der Arzt den Tag oder den Zeitraum (bei Serienfahrten wie z.B. Dialyse) ein, für den die Verordnung gültig ist, sowie die Dauer der Behandlung und die Anzahl der Fahrten pro Woche. Gegebenenfalls auch den Ort der Behandlung (anderer Arzt / Krankenhaus).

## 3. Art der Beförderung

Hier wird angekreuzt, welches Transportmittel Sie nutzen können.

In der Regel Taxi/Mietwagen

## 4. Begründung/Sonstiges

Hier finden Sie nähere Angaben (falls erforderlich).

Zum Beispiel das Datum der stationären Behandlung, oder eine Begründung der Mobilitätseinschränkung (wenn Grund e angekreuzt ist).

## Stempel und Unterschrift des Arztes

**Ausnahme:**

**Grund d muss bei Mitgliedern der Bundesknappschaft nicht genehmigt werden !!!**

**Für den Fall, dass Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind, ist der Taxifahrer verpflichtet den Eigenanteil in Höhe von 1% der Fahrtkosten (mindestens 5 €, höchstens 10 €) von Ihnen zu kassieren.**