

Hasta nakil belgeleri: Nasıl doğru doldurulur?

En iyi şekilde hazırlıklı olun! Sorunsuz bir şekilde ödemeyi sağlamak için, nakil belgelerinin nasıl doldurulması gerektiğini izah ediyoruz.

Ön taraf

Krankenkasse bzw. Kostenträger

1. Vorname des Versicherten geb. am

2. Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**Verordnung einer 4
Krankenförderung**

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

3.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung
b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
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 Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
f) ☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am / x pro Woche, bis 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
☐ liegend
☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Talimatnamenin ön tarafının tamamı tedavi eden doktor tarafından doldurulması gerekmektedir. Düzeltmeler veya değişikliklerde sadece tedavi eden doktor tarafından yapılabilir.

1. Bu alanlarda seferin ek ödeme şartlı veya ek ödemeden muaf olup olmadığı belirtiliyor.

2. Hasta ile alakalı bilgiler eksiksiz ve hatasız olması gerekiyor. İsimde en ufak farklılıklar bulunması bile iptale sebebiyet veriyor. Belirtilen adres başlangıç veyahut da hedeflenen adres ile uyuşmuyorsa talimatnamenin 4. noktasında son belirtilen not edilmesi gerekmektedir.

3. Talimatnamenin gidiş ve dönüş yolu için mi veya sadece bir yön için mi geçerli olup olmadığını doktor not ediyor. İki alandan en az bir tanesinin her zaman işaretlenmesi gerekiyor.

4. "İzin gerektirmeyen seferler" bölümünde değişik sebepler arasında ayırım yapılmaktadır:

- Ayakta tedavi: Bu kısım yalnızca yolcunun engelli kimliğinde aG, Bl veya H işareti bulunduğu veya bakım derecesinin kalıcı hareketlilik bozukluğu ile birlikte 3 veya bakım derecesinin 4 veya 5 olduğunda işaretlenir.
- Yatarak/-kısmi yatarak hastane tedavisi görenler: Bu kısımda seferlerin kayıt, taburculuk veya kısmi yatarak tedavilere gidildiği veya dönüldüğü söz konusu ise not edilir.
- Hastane öncesi/sonrası tedavi: Talimatnamede bu seçenekte ayrıyeten 4. noktada Sebepler/Diğer kısmında kayıt tarihi (hastane öncesi ise) veya yatarak tedavi (hastane sonrası ise) görülen zaman not edilmiştir.
- Başkaca sebep: örneğin ayakta ameliyatlar, hasta transferi veya bir darülaceze seferi için. Dikkat edilmesi gereken husus, talimatnamenin 3. ve 4. noktalarının da doldurulmuş olmasıdır.

☐ Krankenkasse bzw. Kostenträger ☐ Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____			Verordnung einer 4 Krankenförderung ☐ Unfall, Unfallfolge ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG) ☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
1. Grund der Beförderung Genehmigungsfreie Fahrten a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „BI“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen) c) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____			
Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen) d) ☐ hochfrequente Behandlung 5. Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich) e) ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich) f) ☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)			
2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte vom/am _____ 6. x pro Woche, bis voraussichtlich _____ Behandlungsstätte (Name, Ort) _____			
3. Art und Ausstattung der Beförderung ☐ Taxi/Mietwagen 7. ☐ Rollstuhl ☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ ☐ Tragestuhl ☐ liegend ☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere _____			
4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet) Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			

5. Eğer “yüksek frekanslı tedavi” mevcut ise, buraya not edilir. Bu durum engelli kimliğinde aG, BI veya H işareti bulunan veya bakım derecesi kalıcı hareketlilik bozukluğu ile birlikte 3 veya bakım derecesinin 4 veya 5 olan yolcular içinde geçerlidir. Aynı şekilde bu gruba dahil olan hastaların seferleri, tedavi 6 aydan fazla sürecek ise veya bir Ambulans aracı (KTW) gerekli ise, izne tabidir.

6. Bu kısma tedavi günü veya tedavi frekansı not edilmesi gerekmektedir. Eğer bir ev ziyareti esnasında bir uzman doktora gidilmesi ihtiyacı tespit edilirse veya bir randevu servisi üzerinden bir randevu tarihi verilirse, tedavi gününün not edilmesinden vaz geçilebilir. Aksi takdirde tarihin mutlaka not edilmesi gerekmektedir. Aynı hasta ile alakalı birkaç kez sefer yapılacak ise muhtemel bitiş tarihi ve beklenen frekansın belirtilmesi gerekmektedir. Tedavinin uygulandığı yerin adresi yalnızca doktorun mühründeki adresten farklı ise belirtilir.

7. Bu bölümde doktor taşımanın türünü ve ihtiyaç halinde gereken teknik donanımları tespit eder.

8. Bu bölümde özellikle doktorun mührü ve imzasının bulunması şarttır. “Vekaleten” gibi tamamlayıcı bilgiler geçerli değildir.

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
9.	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	
	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	
	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	
	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	
	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	
	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	
	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	
	von	☐	☐	
	nach	☐	☐	

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

10.

☐ nein ☐ ja

Datum

11.

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs	Belegnummer	Gesamt-Brutto
Rechnungsnummer		Zuzahlung
Positionsnummer	Anzahl	km
Positionsnummer	Anzahl	km

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF.NR. Y/9/1801/36/254

Muster 4/E (7.2020)

Nakil belgesinin arka tarafı seferi gerçekleştiren şirket tarafından doldurulması gerekmektedir.

9. Burada talimatı verilen tüm seferlerin not edilmesi gerekmektedir. Her zaman alma noktasının ve varış noktasının adresinin tamamının (Posta kodu, yer, cadde ve numarası) belirtilmesi gerekmektedir. Sigortalının imzası da eksik olmaması gerekmektedir.

10. Sigortalının ek ödeme yapması gerekmediği takdirde taşıyıcı bu bilgiyi tarihi ile birlikte onaylaması gerekmektedir.

11. Taşıyıcının mührü ve imzası bu bölüme not edilmesi gerekmektedir.

12. Talimatnamenin bu bölümünde IK-Numarası, toplam tutar, pozisyon numarası, seferlerin sayısı, sürülen kilometreler veya ek ödemede belirtilmesi gerekmektedir. Eğer ek ödemeye ihtiyaç yok ise, ona göre 0,00 not edilmesi gerekmektedir.

Not

Okunur şekilde yazın. Böylelikle yeniden sorma ihtiyacını ve de ödemede hataların olmasını minimize etmiş olursunuz.

Hasta nakil belgeleri: Nasıl doğru doldurulur?

En iyi şekilde hazırlıklı olun! Sorunsuz bir şekilde ödemeyi sağlamak için, nakil belgelerinin nasıl doldurulması gerektiğini izah ediyoruz.

Ön taraf

Ordn.-Nr. 7.

6. örneğin WK-488

Firma Herr Frau 1.

von 2.

nach 3.

Wartezeit km 3.

Datum 4.

Stempel des leistenden Unternehmens 5.

FAHRAUFTRAG/QUITTUNG

Stadtfahrt
Auswärtsfahrt
Krankenfahrt
Besorgungsfahrt
Kurlerdienst
Kombi
Großraum
Pilotfahrt

Gesamtbetrag EURO 8. örneğin 15,90 € - 5,00 €

im Bruttopreis sind 19% MwSt. enthalten

Gesamtbetrag EURO 9.

im Bruttopreis sind 7% MwSt. enthalten

Steuer-Nr.:

Betrag dankend erhalten:

Unterschrift Fahrgast 10.

Unterschrift Fahrer/in 11.

1. Adı ve soyadı
Yolcunun bilgileri talimatna-
meye uyması gerekmektedir.
İsimde kısaltmalar yapılması
veya farklı bir yazı şekli
kullanılması kabul edilmez.

2. Güzergah
Talimatnamedeki belirtilen gü-
zergahlara uyulması mecburi-
dir. Adresler, tanınan bir doktor
veya yolcu bile olsa, belirtilmesi
gerekmektedir.

3. Kilometre bildirimi
Sürülen kilometrelerin
tamamının not edilmesi gerek-
mektedir.

4. Tarih
Yapılan seferin tarihinin not edilmesi gerekmektedir.

5. Mühür
Burada şirketin mührü veya şoförün mührünün
olması gerekmektedir.

6. Değer kartı
İlk talimat seferini gerçekleştiren şoförün sürücü
numarasının belirtilmesi gerekmektedir.

7. Şoför numarası
Şoförün numarasının not edilmesi gerekmektedir,
ya mühürlü bir şekilde veyahut el yazısı ile.

Not
Okunur şekilde yazın. Böylelikle yeniden sorma
ihtiyacını ve de ödemede hataların olmasını
minimize etmiş olursunuz.

8. Kişisel paylı brüt tutar- 19 % Kdv.
100 km'den fazla tutan seferlerde bu kısmın
kullanılması gerekmektedir. Kişisel pay tutara da-
hildir, lakin ona göre belirtilmesi gerekir ve hemen
yolcudan talep edilmesi gerekmektedir.

9. Kişisel paylı brüt tutar- 7 % Kdv.
100 km'yi aşmayan seferlerde bu kısmın
kullanılması gerekmektedir. Kişisel pay tutara da-
hildir, lakin ona göre belirtilmesi gerekir ve hemen
yolcudan talep edilmesi gerekmektedir.

10. Yolcunun imzası
Yolcu yapılan seferin gerçekleştiğini mutlaka
imzası ile tasdik etmesi gerekir.

11. Şoförün imzası
Aynı şekilde şoförde seferin gerçekleştiğini imzası
ile tasdik etmesi gerekir.

WICHTIG bei Kranken- transporten!	12. Krankenkasse			Ord.-Nr. Hin-/Rückfahrt	
	13. Fahrgast				
	14. Pos.-Nr.:	Faktor	15.	Mindestfahrt	16.
	Pos.-Nr.:	Faktor	km	17.	

12. Sağlık Sigortası

Sağlık sigortası, talimatnamede belirtildiği şekilde, not edilmesi gerekmektedir.

13. Yolcunun adı ve soyadı

Yolcunun bilgileri talimatnameye uyması gerekmektedir. İsimde kısaltmalar yapılması veya farklı bir yazı şekli kullanılması kabul edilmez.

14. Pozisyon numarası

Pozisyon numarası listesine göre doğru numaranın not edilmesi gerekmektedir.

15. Faktör

Faktör seferlerin sayısını belirtir. Faktör 1 gidiş veya dönüş yolculuğunda kullanılması gerekmektedir ve faktör 2 gidiş ve dönüş yolculuğunda kullanılması gerekmektedir.

16. En düşük yolculuktaki temel fiyat

Seferin mesafesi 5 km veya altında ise burada temel fiyatın belirtilmesi gerekmektedir.

17. Kilometre bilgisi

Burada sürülen kilometrelerin tamamının belirtilmesi gerekmektedir.

Fahrtenvermittlung für die angeschlossenen Unternehmer 44137 Dortmund · Königswall 42
Rechtsbeziehungen bestehen nicht mit der Taxi Dortmund eG, sondern nur zwischen dem Fahrgast und den Taxiunternehmen.

Ord.-Nr. 5.

**PATIENTENFAHRT
KRANKENFAHRT**

6. Wertkarte 7. Krankenkasse 8. Pos.-Nr. 9. Faktor 10. km

Fahrauftrag / Quittung

Herrn 1. Frau 2. von 3. nach 4. Datum 5. Stempel des leistenden Unternehmens

Hinfahrt 11. Rückfahrt 12. Eigenanteil 13. von der Zuzahlung befreit 14. erste und letzte Fahrt bezahlt

Gesamtbetrag EURO 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

Betrag dankend erhalten: 14. 15.

Unterschrift Fahrgast 14. 15.

Unterschrift Fahrer/in 14. 15.

1. Adı ve soyadı
Yolcunun bilgileri talimatna-
meye uyması gerekmektedir.
İsimde kısaltmalar yapılması
veya farklı bir yazı şekli
kullanılması kabul edilmez.

2. Güzergah
Talimatnamedeki belirtilen gü-
zergahlara uyulması mecburi-
dir. Adresler, tanınan bir doktor
veya yolcu bile olsa, belirtilmesi
gerekmektedir.

3. Tarih
Yapılan seferin tarihinin not
edilmesi gerekmektedir.

4. Mührün verilmesi
Burada şirketin mührü veya şoförün mührünün
olması gerekmektedir.

5. Şoför numarası
Şoförün numarasının not edilmesi gerekmektedir,
ya mühürlü bir şekilde veyahut el yazısı ile.

6. Değer kartı
İlk talimat seferini gerçekleştiren şoförün sürücü
numarasının belirtilmesi gerekmektedir.

7. Sağlık Sigortası
Sağlık sigortası, talimatnamede belirtildiği
şekilde, not edilmesi gerekmektedir.

8. Pozisyon numarası
Pozisyon numarası listesine göre doğru
numaranın not edilmesi gerekmektedir.

9. Faktör
Faktör seferlerin sayısını belirtir. Faktör 1 gidiş
veyahut dönüş yolculuğunda kullanılması gerek-
mektedir ve faktör 2 gidiş ve dönüş yolculuğunda
kullanılması gerekmektedir.

10. Kilometre bilgisi
Burada sürülen kilometrelerin tamamının belirtil-
mesi gerekmektedir.

11. Sefer detayları
İşaretleyerek seferin gidiş mi yoksa dönüş mü
veyahut her ikisinin mi olduğunun belirtilmesi
gerekmektedir. Aynı zamanda yolcuya düşen
kişisel payın yolcudan alındığının veya yolcunun
ek ödmeden muaf olduğunun belirtilmesi gerek-
mektedir. Bu bilgilerden birisinin çarpı işareti ile
belirtilmesi gerekmektedir.

12. Kişisel paylı brüt tutar- 19 % Kdv.
100 km'den fazla tutan seferlerde bu kısmın
kullanılması gerekmektedir. Kişisel pay tutara da-
hildir, lakin ona göre belirtilmesi gerekir ve hemen
yolcudan talep edilmesi gerekmektedir.

13. Kişisel paylı brüt tutar- 7 % Kdv.
100 km'yi aşmayan seferlerde bu kısmın
kullanılması gerekmektedir. Kişisel pay tutara da-
hildir, lakin ona göre belirtilmesi gerekir ve hemen
yolcudan talep edilmesi gerekmektedir.

14. Yolcunun imzası
Yolcu yapılan seferin gerçekleştiğini mutlaka
imzası ile tasdik etmesi gerekir.

15. Şoförün imzası
Aynı şekilde şoförde seferin gerçekleştiğini imzası
ile tasdik etmesi gerekir.