

# Wegweiser

Für die Verordnung einer Krankenförderung

GÜLTIG AB JULI 2020





# Weniger Aufwand bei der Abrechnung: **Wir befreien Sie von der Bürokratie**

Sich um das Kerngeschäft kümmern und die individuellen Ziele umsetzen – mit unseren Dienstleistungen und Produkten genießen Sie wirtschaftliche Sicherheit und zeitliche Freiräume. Unsere Leistungen im AktivService ermöglichen es Ihnen zusätzlich, sich von lästigen Arbeiten zu befreien.

Denn die aufwändige Suche nach Positionsnummern gehört mit dem AktivService Codierung der Vergangenheit an. Auf Grundlage Ihrer gültigen Vergütungsvereinbarungen ermitteln wir für Sie die richtige Positionsnummer und tragen diese sowie den Faktor auf dem Beleg ein.

Haben Sie noch Fragen?

Wir stehen Ihnen gern zur Verfügung:

## **KONTAKT**

0201 890611-101

# Angaben des Arztes

- 1 Krankenkassen-/Kostenträgerinformationen**

Die meisten Verordnungen werden heute mit Krankenversichertenkarten ausgefüllt. Daher beinhalten die Verordnungen in der Regel schon die korrekten Krankenkassenbezeichnungen. Sollten Ihnen dennoch handgeschriebene Verordnungen vorgelegt werden, sind diese auf eindeutige Bezeichnungen hin zu überprüfen – nur der Eintrag „AOK“ oder „BKK“ ist nicht ausreichend.
- 2-4 Patientendaten**

Hier handelt es sich um die persönlichen Daten des Versicherten. Diese Angaben müssen in jedem Fall vollständig sein. Fehlt die Versicherten-Nummer, sind mindestens die Adresse des Patienten sowie das Geburtsdatum vollständig anzugeben. Bitte prüfen Sie auch die Gültigkeit der Krankenversichertenkarte.
- 5 Status**

Der Status sagt aus, in welchem Versichertenverhältnis (Mitglied, Familienangehöriger oder Rentner) der Patient steht.
- 6 Betriebsstätten-Nummer**

Ärzte dürfen nach neuem geltendem Recht sogenannte „Betriebsstätten“ betreiben. Die Betriebsstätten-Nummer des ausstellenden Arztes wird an dieser Stelle eingetragen.
- 7 Arzt-Nummer**

Die Angabe der Arzt-Nummer erfolgt hier.
- 8 Ausstellungsdatum**

Das Eintragen des Ausstellungsdatums ist zwingend erforderlich.
- 9 Zuzahlungsfrei oder Zuzahlungspflichtig**

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist der Versicherte zuzahlungspflichtig und damit ist das Feld „Zuzahlungspflichtig“ auf der Verordnung anzukreuzen. Im Falle der Zuzahlungsbefreiung lassen Sie sich bitte den Befreiungsausweis des Versicherten vorlegen. Handschriftliche Änderungen auf der Verordnung müssen vom Arzt mit Datum, Stempel und Unterschrift genehmigt werden. Hinweis: Wenn Sie Ihre Verordnungen zur Abrechnung der opta data geben, tragen Sie bitte oben links ein „F“ für „frei“ ein.
- 10 Unfall, Arbeitsunfall, Versorgungsleiden**

Angaben über die Krankheitsursachen werden hier eingetragen. Die Ärzte sind zur Mitteilung an die Krankenkassen verpflichtet.
- 11 Hinfahrt, Rückfahrt**

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächsten erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig. Die Transportwege (Hin- und Rückfahrt) sind auf der Verordnung anzugeben und später im Abrechnungsprozess genau mit den Angaben von Straße und Postleitzahl an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies ergänzen Sie durch die Angaben auf der Rückseite (siehe Punkt 2 Rückseite).
- 12 Grund der Beförderung**

Unterschieden wird hier in erster Linie zwischen genehmigungsfreien Fahrten (voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung und vor-/nachstationäre Behandlung) und genehmigungspflichtigen Fahrten zur ambulanten Behandlung (hochfrequente Behandlungen wie z. B. Dialysefahrten und dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigungen). Die Hauptleistungen müssen für die Zuordnung der Leistungsart angegeben sein und sind dem Genehmigungsschreiben der Krankenkasse für die Abrechnung beizulegen.
- 13 Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächste erreichbare und geeignete Behandlungsstätte**

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz und die Behandlungsstätte anzugeben (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes). Dabei ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrtkosten in der Regel bis zur nächsten erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.
- 14 Art der Beförderung**

Das medizinisch notwendige Beförderungsmittel ist unbedingt anzugeben, ebenso die Notwendigkeit medizinisch-fachlicher Betreuung und/oder die notwendige Einrichtung.
- 15 Sonstiges**

Dieses Freitextfeld ist für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B. für die:

  - Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von der Wohnung bzw. zur Wohnung des Patienten stattfindet.
  - Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang.
- 16 Unterschrift und Stempel**

Achten Sie hier bitte darauf, dass der Stempel und die Unterschrift des Arztes angegeben sind. Anderenfalls wird die Krankenkasse die Verordnung unbezahlt ablehnen.

**9** Zuzahlungs-pflicht

Krankenkasse bzw. Kostenträger **1**

Name, Vorname des Versicherten **2** geb. am

Kostenträgerkennung **3** Versicherten-Nr. **4** Status **5**

Betriebsstätten-Nr. **6** Arzt-Nr. **7** Datum **8**

### Verordnung einer Krankenförderung **4**

Unfall, Unfallfolge **10**

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt **11**  Rückfahrt

**12** **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)

**13** **2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/am **TTTMMJJJ** /  x pro Woche, bis voraussichtlich **TTTMMJJJ**

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

**14** **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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Vertragsarzt **16**

**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)	Hinfahrt	Rückfahrt	Unterschrift des Versicherten
<b>1</b> TTTMMJJJ	von <b>2</b> _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4</b> _____
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TTTMMJJJ	von _____ nach _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bestätigung des Transporteurs**

Die Krankenförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenförderung wurde vorgelegt  
(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

**15**  nein **Z**  ja Datum **5** **TTTMMJJJ** **6** \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

**Abrechnungsdaten des Transporteurs**

IK des Transporteurs **7** \_\_\_\_\_ Belegnummer **8** \_\_\_\_\_ Gesamt-Brutto **14** \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer **9** \_\_\_\_\_ Zuzahlung **16** \_\_\_\_\_

Positionsnummer **10** \_\_\_\_\_ Anzahl **12** \_\_\_\_\_ km **11** \_\_\_\_\_ Positionsnummer **10** \_\_\_\_\_ Anzahl **12** \_\_\_\_\_ km **11** \_\_\_\_\_

**13**

# Ihre Angaben

- 1 Fahrdatum**  
Hier wird das Datum der durchgeführten Fahrten angegeben.
- 2 Angaben zur Fahrstrecke**  
Genauere Angaben der Fahrstrecke mit Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer, sofern sie sich nicht aus den Stempeln des Krankenhauses oder des Arztes ergeben. Sollte die Adresse des Patienten angefahren werden, reicht dafür die Angabe der Wohnung.
- 3 Hinfahrt, Rückfahrt**  
Es ist anzugeben, ob es sich um eine Hin- und/oder Rückfahrt handelt.
- 4 Einzelunterschrift für jede Fahrt durch Patienten**  
Der Patient muss jede Fahrt eigenhändig unterzeichnen. Nur in begründeten Ausnahmefällen kann „im Auftrag“ unterzeichnet werden. Die Krankenkassen regeln dies jedoch unterschiedlich.
- 5-6 Aktuelles Datum, Stempel und Unterschrift**  
An dieser Stelle setzen Sie bitte das aktuelle Datum, Ihren Stempel sowie Ihre Unterschrift ein.
- 7 Ihre IK-Nummer**  
Die IK-Nummer wird zu Ihrer eindeutigen Identifizierung hier eingetragen.
- 8-9 Optional für Ihre Buchhaltung (Rechnungs- und Belegnummer)**  
Diese Felder sind bei der Abrechnung über opta data nicht zwingend auszufüllen. Sofern Sie diese für Ihre Buchhaltung benötigen, tragen Sie hier Ihre Rechnungs-/Belegnummern ein. opta data erfasst diese gern gegen einen geringen Aufpreis und druckt Ihre Angaben in den Kundenunterlagen mit ein.
- 10 Positionsnummern**  
An dieser Stelle werden die Positionsnummern Ihrer Tarife eingetragen, die für das elektronische Abrechnungsverfahren (Datenträgeraustausch DTA) mit den Krankenkassen erforderlich sind. \* Die Positionsnummern werden Ihnen in der Regel von den Krankenkassen mitgeteilt und sind vertraglicher Bestandteil. Hier werden die zu berechnenden Kilometer in Verbindung mit der dazugehörigen Positionsnummer eingetragen.
- 11 km-Angaben**  
Bitte geben Sie hier die Anzahl der gefahrenen Kilometer je Position an.
- 12 Anzahl aller Positionen**  
Geben Sie hier bitte die Summe aller abrechnungsfähigen Positionen (Gesamtanzahl) aus Hin- und Rückfahrten an, zum Beispiel Hin- und Rückfahrt = Faktor 2.
- 13 Optionale Angaben zur Unternehmerstatistik**  
Bitte notieren Sie hier bei Bedarf Ihre Angaben zur Unternehmerstatistik.
- 14 Gesamtbruttobetrag**  
Geben Sie hier bitte den Gesamtbruttobetrag ohne Zuzahlungsanteile an.
- 15 Vermerk Zuzahlungsrechnung „Z“**  
Vermerken Sie hier bitte mit einem „Z“, wenn wir für diesen Vorgang eine Zuzahlungsrechnung an Ihren Patienten schreiben sollen.
- 16 Bezahlte Zuzahlungsanteile**  
Sollten Sie bereits den Zuzahlungsbetrag vom Patienten kassiert haben, geben Sie hier bitte den bereits eingekassierten Euro-Betrag an.

Sie haben Fragen? Wir beraten Sie gern!

0201 890611-101

Unsere Servicezeiten: Mo. – Fr. 07:00 – 19:00 Uhr

DEUTSCHLANDS  
KUNDENCHAMPIONS  
2020   
[www.deutschlands-kundenchampions.de](http://www.deutschlands-kundenchampions.de)



 /optadataDE

Sie möchten wissen, wie wir die Zukunft gemeinsam mit Ihnen gestalten? Mehr Infos unter [optadata.de/50Jahre](http://optadata.de/50Jahre)

50 JAHRE **opta**<sup>®</sup> data ZUKUNFT.  
GEMEINSAM.  
GESTALTEN.



© opta data Gruppe – Alle Rechte vorbehalten. A-Kunden seit 2020