

## **Verordnung einer Krankenförderung bei AOK NordWest Versicherten**

# INHALT

- 1 Aktivierung/Deaktivierung.....3
- 2 Ausstellen einer Krankenförderung (Muster 4) inkl. elektronischem Versand .....3

# 1 Aktivierung/Deaktivierung


Sie finden unter Optionen | Formulare Krankenbeförderung im Bereich Global (für alle Arbeitsplätze) die Option eVersand AOK Nordwest. Dieser Schalter ist im Auslieferungszustand automatisch gesetzt, falls Ihre Praxis bereits an die TI angebunden ist und das Modul KIM in Ihrer Praxis freigeschaltet wurde. Sie können den Schalter jederzeit deaktivieren.

## 2 Ausstellen einer Krankenbeförderung (Muster 4) inkl. elektronischem Versand

Haben Sie den elektronischen Versand aktiviert, kann nach Ausstellung des Musters 4 das Formular aus Ihrem CGM ALBIS elektronisch an die AOK Nordwest versendet werden. Hierfür ist es zwingend erforderlich, dass der AOK-Versicherte Patient bei seinem Arzt seine Einwilligung für die elektronische Übermittlung erteilt.

Beim Öffnen des Formulars erhalten Sie zunächst einen allgemeinen Hinweis zur elektronischen Übermittlung des Muster 4.

**Elektronische Übermittlung Muster 4 an die AOK Nordwest**

 Senden Sie das Muster 4 zusätzlich zum Ausdruck direkt elektronisch an die AOK Nordwest. Sie vereinfachen dadurch die Abläufe für Ihren Patienten, da der Ausdruck dann nicht mehr durch den Patienten zur Genehmigung eingereicht werden muss.

Klicken Sie auf Weiter, um anschließend die Einwilligung Ihres Patienten einzuholen. Die Daten werden automatisch und sicher über die Telematik-Infrastruktur versendet. Es ist keine weitere Aktion von Ihnen erforderlich.

[Weitere Infos zu diesem Service \(PDF\)](#)

Diesen Hinweis nicht mehr anzeigen

Durch Aktivierung des Schalters Diesen Hinweis nicht mehr anzeigen, wird der Hinweis künftig nicht mehr angezeigt. Beim Anwählen der Schaltfläche Deaktivieren, öffnet sich der Dialog Optionen | Formulare.

Mit Klick auf die Schaltfläche Weiter wird der Hinweis der elektronischen Übermittlung des Muster 4 in Bezug auf die Einwilligung des Patienten geöffnet:

**PATIENTEN-EINWILLIGUNG**

 Übermittlung Muster 4 an die AOK Nordwest

Bitte erfragen Sie die Einwilligung Ihres Patienten.  
Eine mündliche Einwilligung ist ausreichend und gültig bis zu 540 Tage  
oder bis auf Widerruf.

Ich habe Eisenreich, Leo informiert und aufgeklärt.

[Infoblatt für Ihren Patienten drucken \(PDF\)](#)  
[Weitere Infos zu diesem Service \(PDF\)](#)

Für diesen Patienten nicht mehr fragen

Hier wird angegeben, ob der Patient die Einwilligung für den eVersand erteilt hat. Wird die Schaltfläche `Erteilt` angeklickt, erscheint diese Meldung in den nächsten 540 Tage bei dem Patienten nicht mehr und das Formular für den eVersand öffnet sich automatisch.

Muster 4 (07.2020), Verordnung einer Krankenbeförderung X

**Zuzahlungspflicht**

**Zuzahlungsfrei**

**Krankenkasse bzw. Krankenträger**

**AOK NordWest**

Name, Name des Versicherten

**Eisenreich** geb. am

**Leo** **26.05.1963**

**Eichendorffstraße 4** Wohnort

**D 56220 Urmitz**

---

Karten- und Leistungs-Nr. Versicherten-Nr. Datum

**103411401** | **F254585486** | **1000000**

---

Deutscher Wohn-Nr. Arzt-Nr. Datum

**621111100** | **999999901** |  **12.10.2022**

**Verordnung einer Krankenbeförderung**

Unfall, Unfallfolge

Arbeitsunfall, Berufskrankheit

Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Hinfahrt  Rückfahrt

eVersand

### 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

von/am  /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte   
(Name, Ort)

### 3. Art und Ausstattung der Beförderung

Taxi/Mietwagen:  Rollstuhl  Tragestuhl  liegend

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

RTW  NAW/NEF  andere

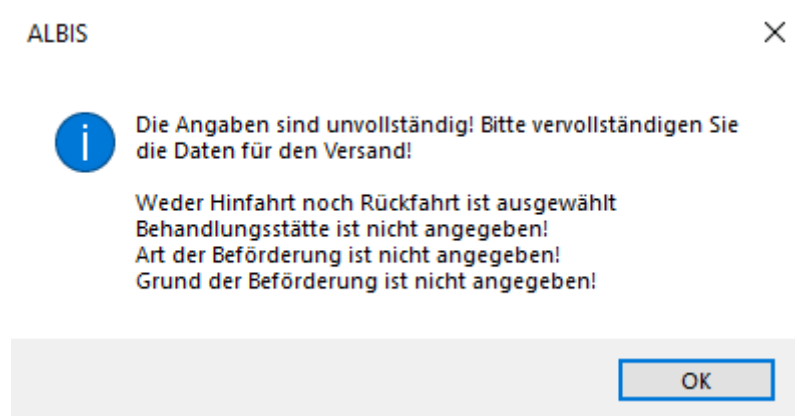
### 4. Begründung/Sonstiges

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

Senden & Drucken
Spooler
Speichern
Abbrechen
Alle Daten

Die Schaltfläche wurde nun in Senden & Drucken geändert.

Zusätzlich wird beim Versand eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Sollte es hier Auffälligkeiten geben, erscheint beim Klick auf Senden & Drucken ein entsprechender Hinweis:



Um das Formular versenden zu können, müssen alle Fehler korrigiert sein. Sind alle Fehler korrigiert, kann das Formular versendet werden.

Nach Klick auf Senden & Drucken wird das Formular erst gedruckt. Anschließend muss die PIN des eHBA am Kartenlesegerät eingegeben und mit OK bestätigt werden. Im Anschluss kommt eine weitere Artauswahl, über welchen KIM-Account versendet werden soll.

Nach Bestätigung schließt sich das Formular, im Karteikarteneintrag des Formulars ist im hinteren Bereich eine Statusanzeige zu sehen. Hier kann der jeweilige Status eingesehen werden:



JA	Mi	12.10.2022	fkb	per Taxi/Mietwagen	versendet	ALBIS, 12.10.2022-15:57
JA			einwi	Einwilligung für die Krankbeförderung AOK Nordwest erteilt		ALBIS, 12.10.2022-15:53

Sollte der Patient nicht einwilligen, öffnet sich mit dem Anwählen der Schaltfläche Nicht erteilt das Formular wie gewohnt.

Wird das Formular bei diesem Patienten erneut ausgestellt, öffnet sich die Abfrage zur Patienteneinwilligung erneut. Mit Aktivieren des Schalters Für diesen Patienten nicht mehr fragen, wird die Hinweismeldung künftig nicht mehr angezeigt.

Diese Einwilligung kann in den Patientenstammdaten über die Schaltfläche Weitere Informationen und Einwilligungen aufgerufen werden.

Daten von <Eisenreich, L.> ändern. X

<b>Personalien:</b> <input type="radio"/> w <input checked="" type="radio"/> m <input type="radio"/> unbestimmt <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> divers Anrede: Herr Titel: <input type="text"/> Zusatz: <input type="text"/> Vors. Wort: <input type="text"/> Name: Eisenreich Vorname: Leo Geb.Datum: 26.05.1963 (Sonntag) <b>Straßenadresse</b> Straße: Eichendorffstraße Nr. 4 Zusatz: <input type="text"/> Land: D Plz: 56220 Ort: Urmitz <b>Postfachadresse</b> Postfach: <input type="text"/> Land: <input type="text"/> Plz: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> Nationalität: deutsch Telefon-Nr.: 015751674309 <input checked="" type="checkbox"/> EMS weitere... 2.Telef.-Nr.: +4915751674309 <input checked="" type="checkbox"/> EMS Telefax-Nr.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> Arbeitgeber: <input type="text"/> Patient seit: <input type="text"/> Entfernung: 5 Hausarzt: Dr. Med. Basler/0007200 Interne Zuordnung: JA Dr. med. Justus ALBIS BG/KH: Bauwirtschaft GS Bremen (Hoch) Bankverbindung  CGM LIFE	<b>Versicherung:</b> <input checked="" type="radio"/> Kassenversicherter <input type="radio"/> Privat Status: M Kasse: ADK NordWest VKNR: 18111 IK: 103411401 Vers.ID.: F254585486 Gültig von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> Einlesetag: <input type="text"/> Details... <b>Erfassung</b> <input type="button" value="Chipkarte"/> <input type="button" value="manuell..."/> <input type="button" value="Hauptversich."/> <b>Kostenträgerabrechnungsbereich:</b> 00 Primärabrechnung <b>Personenkreis:</b> keine Angaben SKT Zusatz: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Gebühr frei bis: <input type="text"/> <b>Normal- oder Wahltarif:</b> 00 normal <b>Daten:</b> Größe: 178.0 cm <input type="button" value="Risikofaktoren"/> <input type="button" value="Biometriedaten"/> <input type="button" value="Unbek."/> Kinder: <input type="button" value="Unbek."/> Geb.: <input type="button" value="Unbek."/> AU bis: 14.05.2014 Röntgen-Nr.: <input type="text"/> Tag der Entbindung: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Markierung <input checked="" type="checkbox"/> Chroniker Blutgruppe: nicht erfasst <input type="button" value="Weitere Informationen..."/> 
--	--

Eisenreich, L. X

**Adresse des Rechnungsempfängers**

Anrede:

Titel:  Vorname:

Name:

Straße:

PLZ:  Ort:

Adresse von Patient  Geb.Datum:

Zusatzvereinbarungen

**System-Daten**

Letzte Behandlung:

Patient gelöscht am:

Patient gestorben am  
(1= ja, Datum unbek.):

Strahlenexponiert  
(1= ja, Datum beendet am):

Meldung noch keine Chipkarte

privadis - Patient

eGK-Patient Einwilligungen

Für CGM eABRECHNUNG deaktivieren

Pat. wünscht keinen CGM BMP

Patient mit eRECHNUNG einverstanden

Patient wünscht kein E-Rezept per SMS

**Ausnahmeindikation**

**Anmerkungen**

Der Name dieser Zeilen

ist jederzeit

frei gestaltbar

Es öffnet sich der Dialog zur Patienten-Einwilligung.



Hier wird angezeigt, bis zu welchem Datum die Einwilligung gültig ist. Ebenso kann hier die Einwilligung mit Aktivieren des Schalters Pat. nicht mit eVersand einverstanden, keinen Hinweis anzeigen wieder deaktiviert werden.

Patienten Einwilligungen ×

eFormulare

Einwilligung zum elektronischen Versand

Krankenförderung (Muster 4)	<input checked="" type="checkbox"/> Eingewilligt, gültig bis 04.04.2024	<a href="#">Patienteninfo</a>
	<input type="checkbox"/> Pat. nicht mit eVersand einverstanden, keinen Hinweis anzeigen	
Heilmittelverordnung (Muster 13)	<input type="checkbox"/> Eingewilligt	<a href="#">Patienteninfo</a>
	<input type="checkbox"/> Pat. nicht mit eVersand einverstanden, keinen Hinweis anzeigen	

# CGM ALBIS

Arztinformationssystem

**CompuGroup Medical Deutschland AG**  
Produktbereich ALBIS  
Maria Trost 21, 56070 Koblenz

[cgm.com/albis](http://cgm.com/albis)

