

Wir möchten Sie bei Ihrer Genesung unterstützen-

Deshalb sollte Ihre Taxifahrt zum Arzt oder Krankenhaus  
bequem und problemlos sein!

Grundsätzlich muss für jede der unten aufgeführten Fahrten vom behandelnden Arzt eine Verordnung für eine Krankenförderung (Taxischein) ausgestellt werden.

- Fahrten zu bzw. von einer stationären Behandlung  
(auch vor- oder nachstationäre Krankenhausbehandlung)
  - Fahrten zur ambulanten Behandlung  
(beim Arzt, Physiotherapie, im Krankenhaus usw.)
  - Fahrten zu ambulanten Operationen  
(auch Vor- oder Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen)
  - Fahrten zu Tageskliniken
  - Fahrten zu Dialysestationen
  - Fahrten zu Strahlen- und Chemotherapien
  - Fahrten bei Arbeits-/Schulunfällen
- 
- Vollständige Kundeninformation „Krankenfahrten“ zum Download

**Sollten Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, wenden Sie sich an uns!**

- Fahrten zu bzw. von einer stationären Behandlung

***Keine Genehmigung durch die Krankenkasse!***

Sie benötigen nur den Taxischein und müssen einen Eigenanteil von 5,- € bis max. 10,-€ (Streckenabhängig) pro Fahrtstrecke bezahlen. (Sollten Sie einen gültigen Befreiungsausweis besitzen, entfällt die Zuzahlung.)

- Fahrten zur ambulanten Behandlung

***Vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse ist erforderlich!***

Liegt bei Ihnen ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, H oder Bl vor, oder sind Sie in der 2. oder 3. Pflegestufe?

Dann benötigen Sie von Ihrem Arzt eine Verordnung, die Sie der Kasse zur Genehmigung vorlegen, und Ihre K-Kasse wird die Taxifahrt genehmigen.

Sie müssen lediglich einen Eigenanteil von 5,- € bis max. 10,-€ (Streckenabhängig) pro Fahrtstrecke bezahlen. (Sollten Sie einen gültigen Befreiungsausweis besitzen, entfällt die Zuzahlung.)

Liegt kein entsprechender Nachweis bzgl. der Pflegestufe oder des Schwerbehindertenausweises vor, kann Ihre Krankenkasse in Ausnahmefällen bei vergleichbaren Umständen eine Genehmigung erteilen.

- Fahrten zu ambulanten Operationen

***Keine Genehmigung durch die Krankenkasse!***

Sie benötigen nur den Taxischein und müssen einen Eigenanteil von 5,- € bis max. 10,-€ (Streckenabhängig) pro Fahrtstrecke bezahlen. (Sollten Sie einen gültigen Befreiungsausweis besitzen, entfällt die Zuzahlung.)

- Fahrten zu Tageskliniken

***Keine Genehmigung durch die Krankenkasse!***

Am Ende Ihrer teilstationären Behandlung bekommen Sie einen Taxischein und müssen lediglich einen Eigenanteil von 5,- € bis max.

10,-€ (Streckenabhängig) für die erste Hin- und die letzte Rückfahrt bezahlen. (Sollten Sie einen gültigen Befreiungsausweis besitzen, entfällt die Zuzahlung.)

➤ Fahrten zu Dialysestationen

***Vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse ist erforderlich!***

Sie benötigen von Ihrer Dialysestation einen Taxischein, den Sie Ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen müssen. Ihre Krankenkasse wird Ihnen dann eine Genehmigung (in der Regel für ein Jahr) ausstellen. Sie müssen dann bis zum Erreichen Ihrer **Belastungsgrenze** einen Eigenanteil von 5,- € pro Fahrtstrecke bezahlen. (Sollten Sie einen gültigen Befreiungsausweis besitzen, entfällt die Zuzahlung.)

➤ Fahrten zu Strahlen- und Chemotherapien

***Vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse ist erforderlich!***

Sie benötigen von Ihrem behandelnden Arzt einen Taxischein, den Sie Ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen müssen. Ihre Krankenkasse wird Ihnen dann eine Genehmigung (in der Regel für die Dauer der Therapie) ausstellen. Sie müssen dann bis zum Erreichen Ihrer **Belastungsgrenze** einen Eigenanteil bezahlen. Dieser Eigenanteil, ist abhängig von Ihrer Krankenkasse und liegt entweder bei einmalig 10,- € oder bei 10,-€ fahrtäglich. (Sollten Sie einen gültigen Befreiungsausweis besitzen, entfällt die Zuzahlung.)

➤ Fahrten bei Arbeits-/Schulunfällen

***Keine Genehmigung durch die Berufsgenossenschaft oder die Unfallkasse!***

Sie benötigen lediglich einen Taxischein vom behandelnden Arzt. Eine Zuzahlung entfällt!

## Belastungsgrenze - Zuzahlungsbefreiung

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt werden ermittelt, indem die Zuzahlungen und die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen zusammengerechnet werden. Das Einkommen ist anhand geeigneter Belege (z.B. Verdienstbescheinigungen, Rentenbescheide, Bescheide des Arbeitsamtes) gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen.

Von den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt könne die Kinderfreibeträge in Höhe von 3.648 Euro pro Kind und der Freibetrag für den Ehepartner in Höhe von 4.473 Euro abgezogen werden. Bei einer Familie mit einem Kind liegt der Freibetrag somit bei 8.121 Euro. Alleinerziehende können den Freibetrag von 4.473 für das erste Kind geltend machen.

### Beispielrechnung:

(Ehepaar, ein familienversichertes Kind)

Jahreseinkommen Ehemann	15.000 Euro
Jahreseinkommen Ehefrau	15.000 Euro
<b>Jahresbruttoeinkommen gesamt</b>	<b>30.000 Euro</b>
- Freibetrag Ehegatte	- 4.473 Euro
- Freibetrag Kind	- 3.648 Euro
<b>= zu berücksichtigendes Familieneinkommen</b>	<b>21.879 Euro</b>
davon	
<b>Belastungsgrenze 2 %</b>	<b>437,58 Euro</b>
<b>Belastungsgrenze 1 % (chronisch Kranke)</b>	<b>218,79 Euro</b>

Somit hat die Beispielfamilie im Kalenderjahr zusammen maximal 437,58 Euro (218,79 Euro) an Zuzahlungen zu entrichten.