

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Unfallkasse Nordrhein-Westfalen • Postfach 59 67 • 48135 Münster  **An den D-Arzt**  **Verordnung Schulfahrten**  **- Formular Internet -**    Bitte vorliegend Seite 1 ergänzen und beim  Durchgangsarzt vorlegen. | **Regionaldirektion Westfalen-Lippe**  **Hauptabteilung Rehabilitation**  **und Entschädigung**  ***Rheinland***  Heyestr. 99  40625 Düsseldorf  ***Westfalen-Lippe***  Salzmannstr. 156  48159 Münster  www.unfallkasse-nrw.de  Ansprechpartner:  **Ihre Unfallkasse NRW**  ***Rheinland***  [rheinland@unfallkasse-nrw.de](mailto:rheinland@unfallkasse-nrw.de)  Telefon: 0211 2808-0  Telefax: 0211 2808-2119  ***Westfalen-Lippe***  [westfalen-lippe@unfallkasse-nrw.de](mailto:westfalen-lippe@unfallkasse-nrw.de)  Telefon: 0251 2102-0  Telefax: 0251 21 85 69 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Helaba** | IBAN | DE30 3005 0000 0000 0644 28 | IK-NR. | 120591824 |  |
| **Düsseldorf** | BIC | WELADEDD |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name Vorname**

**Unfall vom:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anschrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Schule**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte verfahren Sie bei Verordnungen von Fahrten mit dem Taxi oder einem Privat-Pkw zwischen Wohnung und Schule wie nachstehend beschrieben:

Nach Eintritt eines entschädigungspflichtigen Arbeits- / Schulunfalls können Transportkosten für Schulfahrten nur dann übernommen werden, wenn **der Schulweg aufgrund der Unfallfolgen, nicht wie bisher und auch nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt werden kann und durch diesen Umstand ein Schulausfall von mehr als drei Wochen** (abzüglich etwaiger Ferientage) **zu erwarten ist**.

Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (vgl. anliegender Vordruck) kann nur dann ausgestellt werden, wenn **alle vorstehenden Voraussetzungen** erfüllt sind.

Für die Ausstellung der beiliegenden Bescheinigung können Sie eine Gebühr nach der UV-GOÄ-Ziffer 16 gegenüber der Unfallkasse NRW abrechnen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Unfallkasse NRW

|  |  |
| --- | --- |
| im Rheinland:  Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  Regionaldirektion Rheinland  Heyestr. 99  40625 Düsseldorf  Tel. 0211 2808-0  Fax 0211 2808-2119  E-Mail [rheinland@unfallkasse-nrw.de](mailto:rheinland@unfallkasse-nrw.de) | in Westfalen-Lippe:  Unfallkasse Nordrhein-Westfalen  Regionaldirektion Westfalen-Lippe  Salzmannstraße 156  48159 Münster  Tel. 0251 2102-0  Fax 0251 21 85 69  E-Mail [westfalen-lippe@unfallkasse-nrw.de](mailto:westfalen-lippe@unfallkasse-nrw.de) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name (Druckschrift) Vorname (Druckschrift)**

**Unfall vom:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anschrift (Druckschrift)**

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage und Genehmigung durch die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen**

Schule: ………………………………………………………………………………………………….

…………………………………… ………………………………………………………………………

Klasse/ Jahrgangsstufe …………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Wegen der Unfallfolgen kann der Schulweg nicht auf die bisherige Weise – **zu Fuß – mit dem Fahrrad – mit öffentlichen Verkehrsmitteln** zurückgelegt werden **(bitte zutreffendes unterstreichen).**  Der Transport ist erforderlich mit einem | |
| **PKW**  **Taxi** | öffentlichen Verkehrsmittel |
| **(bitte begründen; siehe unten)** |  |
| vom …………………………………………… | bis……………………………………………………. |
|  |  |
| voraussichtlich bis …………………………… |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ……………………………………………………….. | ……………………………………………………….. |
| (Ort, Datum) | (Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes) |

Begründung für die Benutzung eines **öffentlichen Verkehrsmittels / PKW / Taxis** (für Taxi z.B. Es steht kein PKW für die Schulfahrten zur Verfügung. Ein öffentliches Verkehrsmittel kann bei der Art und Schwere der Verletzung nicht benutzt werden):

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….