

|  |
| --- |
|  |
| 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***Moskauer Str. 1840227 Düsseldorf***Westfalen-Lippe***Salzmannstr. 15648159 Münsterwww.unfallkasse-nrw.deAnsprechpartner:**Ihre Unfallkasse NRW*****Rheinland***rheinland@unfallkasse-nrw.deTelefon: 0211 2808-0 Telefax: 0211 2808-2119***Westfalen-Lippe***westfalen-lippe@unfallkasse-nrw.deTelefon: 0251 2102-0Telefax: 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-WestfalenRegionaldirektion RheinlandMoskauer Str. 1840227 DüsseldorfTel. 0211 2808-0 Fax 0211 2808-2119E-Mail rheinland@unfallkasse-nrw.de  | in Westfalen-Lippe:Unfallkasse Nordrhein-WestfalenRegionaldirektion Westfalen-LippeSalzmannstraße 15648159 Münster Tel. 0251 2102-0Fax 0251 21 85 69E-Mail 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):

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

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

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