

## Auftrag für Einzel- oder Serienfahrten (nur von oder zu medizinischen Einrichtungen)

(zutreffendes bitte ankreuzen)      alle Preise inkl. der gesetzlichen MwSt. und zzgl. Anfahrtskosten + Auslagen

<b>X</b>	<b><u>Transportmittel / Leistung</u></b>	<b><u>Grundgebühr je Fahrt</u></b>	<b><u>Gebühr je gef. KM</u></b>
	Krankenfahrt sitzend (ohne Begleitung bzw. Hilfeleistung durch Personal)	18,50 €	3,40 €
	Krankenfahrt Rollstuhl (ohne Begleitung bzw. Hilfeleistung durch Personal)	88,50 €	3,40 €
	Krankenfahrt Tragestuhl (mit Hilfeleistung und Begleitung – nicht med.)	105,00 €	3,60 €
	Krankenfahrt liegend (mit Hilfeleistung und Begleitung – nicht med.)	120,00 €	3,80 €
	Krankenrücktransport europaweit KTW und med. Personal	400,00 €	4,00 €
	Krankenrücktransport europaweit RTW, Monitor und med. Personal	600,00 €	4,20 €
	<b><u>Sonderevereinbarungen / Bemerkungen / Pauschalpreise / Wartezeit:</u></b>		

### Angaben zum Kostenträger

Bei Rechnungsversand per Post, fallen die aktuelle Portopreise zzgl. an!

	<b><u>zu befördernde Person</u></b>	<b><u>Kostenträger/Auftraggeber</u></b>
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße/Nr.		
PLZ, Wohnort		
Telefonnummer		
Krankenkasse/Versicherung		

Hinfahrt     Rückfahrt     Serienfahrten

### Angaben zum Transportweg / Abholzeiten

<b><u>Datum / Abholzeit</u></b>	<b><u>Transport von (Adresse+PLZ+Land) Wohnung/Zimmer/Wohnbereich/Station</u></b>	<b><u>Transport nach (Adresse+PLZ+Land) Wohnung/Zimmer/Wohnbereich/Station</u></b>

### **Angaben zum Transportweg / Transportdatum nur bei Serienfahrten:**

Auflistung der Fahrten mit Datum und Strecken gemäß beigefügter Anlage

Hiermit wird gegenüber dem o.g. Leistungserbringer erklärt, dass die entsprechenden Kosten aufgrund der durchgeführten Transporte im Sinne einer Privatrechnung übernommen werden. Alle Preise zzgl. Anfahrtskilometer. Es wird hiermit erklärt, dass die o.g. Transportkosten noch nicht beglichen wurden. Diese Preise sind gültig ab dem 01.03.2026. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen für Krankenbeförderungen liegen vor und wurden vollumfänglich akzeptiert bzw. ausgehändigt. Ohne schriftliche Auftragsbestätigung gilt die Bestellung als nicht angenommen.

X

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift (Zahlungspflichtige/r,  
Fahrgast oder gesetzl. Betreuer/in)**

## RÜCKSENDE-VORDRUCK

*An*  
Ambulanz Freitag GmbH  
Am Bahnhofsplatz 1

**67459 Böhl-Iggelheim**

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt finden Sie unsere Bestellung für eine Krankenbeförderung.

**Bitte senden Sie das Auftragsformular zusammen mit diesem Begleitschreiben an uns zurück.**

**Per Post:** Ambulanz Freitag GmbH, Am Bahnhofsplatz 1, 67459 Böhl-Iggelheim  
**Per E-Mail:** [Info@ambulanz-freitag.de](mailto:Info@ambulanz-freitag.de) (bitte nur im PDF Format!)