

für _____

Fahrkostenerstattung

- Für mich selbst Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
- Für meinen Ehegatten / mein Kind
- durch Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel** (Fahrkarten bzw. Quittungen liegen bei)
von _____ nach _____, _____ EUR
- durch PKW-Benutzung für die Fahrstrecke** (Hin- und Rückfahrt)
von _____ nach _____ km gesamt
- durch Taxi** (Quittungen liegen bei)
von _____ nach _____, _____ EUR
(Betrag insgesamt)

Die Behandlung erfolgte wegen:

- Unfallfolgen / * Diagnose _____
- Eines Versorgungsleidens (z. B. Impfschaden, Kriegs- oder Wehrdienstschaden)
- Es liegt eine Schwerbehinderung vor** Nein ja Behinderungsgrad und Merkzeichen lt. Ausweis _____

Ich bestätige, dass

- Ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmittel nicht besteht
- Der günstigste Tarif gewählt wurde
- Eine Fahrkostenerstattung für den unten genannten Zeitraum bisher nicht beantragt worden ist

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Betrag auf das Konto:

Kontoinhaber, falls nicht mit Versicherten identisch Geldinstitut

IBAN BIC

Datenschutzhinweis

Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihres Antrages nach §§ 60 SGB V und § 284 SGB V.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

für _____

Behandlungsbescheinigung	
Die Patientin/der Patient	Name, Vorname _____
War an folgenden Tagen zur Behandlung:	
am	_____._____._____
am	_____._____._____
am	_____._____._____
Bestätigung des Behandlers/ der Behandlungseinrichtung	
Es wird bestätigt, dass der/die vorgenannte Versicherte an den vorgenannten Tagen in meiner/unserer Einrichtung im Rahmen einer ambulanten Serienbehandlung	
<input type="checkbox"/> Chemotherapie erhalten hat	Beginn der Behandlung am _____ Ende der Behandlung am _____
<input type="checkbox"/> onkologische Strahlentherapie	
<input type="checkbox"/> Bei unserer Einrichtung handelt es sich um die nächsterreichbare und geeignete Behandlungsstätte (wenn nein, bitte die nächsterreichbare und geeignete Behandlungsstätte namentlich mit Anschrift benennen)	
Erforderliches Transportmittel	
<input type="checkbox"/> PKW	
<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel	
Zusätzlich _____	
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um einen Ausnahmefall (§ 8 Krankentransport-Richtlinien)	
Für die Verordnung eines anderen Transportmittels (z. B. Krankentransportwagen) sind die Krankentransport-Richtlinien zu beachten.	
Datenschutzhinweis	
Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihres Antrages nach §§ 60 SGB V und § 284 SGB V.	

Datum _____	Unterschrift - Stempel der Praxis/Behandlungseinrichtung _____
--------------------	---