

für: _____

Fahrkostenerstattung	
<input type="checkbox"/> Für mich selbst	Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
<input type="checkbox"/> Für meinen Ehegatten / mein Kind	
<input type="checkbox"/> durch Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Fahrkarten bzw. Quittungen liegen bei)	
von _____	nach _____, _____ EUR
<input type="checkbox"/> durch PKW-Benutzung für die Fahrstrecke (Hin- und Rückfahrt)	
von _____	nach _____ km gesamt
<input type="checkbox"/> durch Taxi (Quittungen liegen bei)	
von _____	nach _____, _____ EUR (Betrag insgesamt)
Die Behandlung erfolgte wegen:	
<input type="checkbox"/> Unfallfolgen / * Diagnose _____	
<input type="checkbox"/> Eines Versorgungsleidens (z. B. Impfschaden, Kriegs- oder Wehrdienstschaden)	
Es liegt eine Schwerbehinderung vor	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja <small>Behinderungsgrad und Merkzeichen lt. Ausweis _____</small>
Ich bestätige, dass	
<ul style="list-style-type: none"> ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmittel nicht besteht, der günstigste Tarif gewählt wurde und ich eine Fahrkostenerstattung für den unten genannten Zeitraum bisher nicht beantragt habe 	
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 _____
Ambulante Operation am:	_____. _____. _____
Vor-bzw. Nachbehandlung vor/nach der ambulanten Operation _____. _____. _____	
Grund der Operation _____	
Der OPS-Code lautet: _____	
Warum wurde diese OP nicht stationär durchgeführt? _____ _____ _____	
Bitte geben Sie alle Behandlungsdaten an, maximal 3 Termine innerhalb von 5 Tagen vor dem Krankenhaus-/Klinikaufenthalt. Maximal 7 Termine von 14 Tagen nach dem Krankenhaus-/Klinikaufenthalt.	
Datenschutzhinweis	
Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihres Antrages nach §§ 60 SGB V und § 284 SGB V.	

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