

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		Behinderungsgrad und Merkzeichen lt. Ausweis _____
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja
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 _____
War an folgenden Tagen zur Behandlung:	
am	_____._____._____
am	_____._____._____
am	_____._____._____
am	_____._____._____
am	_____._____._____
am	_____._____._____
Behandlungseinheiten	
Von	_____._____._____ Bis _____._____._____
Ende am _____._____._____	
Aus medizinischen Gründen 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 _____
----------------------------	---

FK_Erstattungsantrag