

für _____

| Fahrkostenerstattung | | | |
|--|--|--------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Für mich selbst | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Name Vorname</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum</td> </tr> </table> | Name Vorname | Geburtsdatum |
| 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 (mit Nachweis)</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 _____

Grund der Beförderung

Krankenhausbehandlung

- voll- oder teilstationäre Behandlung
- vor- oder nachstationäre Behandlung
- anderer Grund (stationäre Hospizfahrt,...) _____

Fahrt zur Rehabilitation

Medizinische Vorsorge (Mutter-Vater-Kind)

von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

sonstiges

Datenschutzhinweis

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

Datum Unterschrift des Versicherten

____ . ____ . ____ _____