

Für _____ KV-Nummer _____

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 _____ KV-Nummer _____

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"/> 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
_____	_____