

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 Behinderungsgrad und Merkzeichen lt. Ausweis _____	
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 _____		
Ambulante Operation am	_____	_____	_____
Vor-bzw. Nachbehandlung vor/nach der ambulanten Operation	am _____		
am	_____	_____	_____
am	_____	_____	_____
Grund der Operation	_____		
Der OPS-Code lautet	_____		
Warum wurde diese OP nicht stationär durchgeführt?	_____ _____ _____		
Datenschutzhinweis			
Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihres Antrages nach §§ 60 SGB V und § 284 SGB V.			

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