

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Name, Vorname _____, geb. _____, KV-Nr. _____
Straße _____, PLZ, Ort _____

Ich beantrage die Erstattung der Fahrkosten im Zusammenhang mit:

a) Stationärer Behandlung

- Krankenhausbehandlung (nicht ambulant) Rehabilitationsmaßnahme
vom: _____ bis: _____

b) Ambulanter Behandlung

- ambulante Operation zur Vermeidung eines stationären Aufenthaltes
am: _____ (bitte entsprechende Verordnung vom Arzt beifügen)
- Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ auf Schwerbehindertenausweis (bitte in Kopie beifügen)
- Pflegegrad 3, 4 oder 5 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung

c) Ambulanter Serienbehandlung

- onkologische Strahlentherapie (bitte Anwesenheitsbescheinigung vom Arzt beifügen)
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie / parenterale onkologische Chemotherapie (bitte Anwesenheitsbescheinigung vom Arzt beifügen)
- Dialysebehandlung (bitte Anwesenheitsbescheinigung vom Arzt bzw. Dialysezentrum beifügen)

Beförderungsmittel

- eigener PKW (Erstattungssatz 0,20 Euro je gefahrenen Kilometer)
- öffentliches Verkehrsmittel (bitte Belege im Original einreichen)
- Taxi/Mietwagen (die Abrechnung kann direkt vom Leistungserbringer erfolgen)

Strecke: Hinfahrt Rückfahrt

Von: _____

Bis: _____

Kilometer (einfache Strecke): _____

Meine Bankverbindung:

IBAN _____ (22 Zeichen)
BIC _____ (8 oder 11 Zeichen)
Name der Bank: _____

Datum, Unterschrift des Versicherten

Telefonnummer:

Bitte fügen Sie dem Antrag die Verordnung (Muster 4) und gegebenenfalls den Anwesenheitsnachweis des behandelnden Arztes bei. Bitte klammern oder kleben Sie Ihre beigefügten Belege nicht. Dies erleichtert uns die Weiterverarbeitung. Vielen Dank!