

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	_____
-------	-------	--	-------