

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 (mit Nachweis) _____
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 _____
-------------	-------------------------------------

FK14_Erstattungsantrag

Für _____

KV-Nummer _____

Grund der Beförderung

Krankenhausbehandlung

- voll- oder teilstationäre Behandlung
- vor- oder nachstationäre Behandlung
- anderer Grund (stationäre Hospizfahrt,...) _____
- Fahrt zur Rehabilitation
- Medizinische Vorsorge (Mutter-Vater-Kind)

Behandlungszeitraum

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
