

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

Unfallfolgen / * Diagnose _____

Eines Versorgungsleidens (z. B. Impfschaden, Kriegs- oder Wehrdienstschaden)

Es liegt eine Schwerbehinderung vor Nein Ja Behinderungsgrad und Merkzeichen
(mit Nachweis) _____

Ich bestätige, dass

- 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 _____

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
