

Für _____ KV-Nummer _____

Fahrkostenerstattung

Für mich selbst Name Vorname _____ Geburtsdatum _____

Für meinen Ehegatten / mein Kind

durch Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Fahrkarten bzw. Quittungen liegen bei)

von _____ nach _____, _____ EUR

durch PKW-Benutzung für die Fahrstrecke (Hin- und Rückfahrt)

von _____ nach _____ km gesamt

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 lt. Ausweis **(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 _____

FK15_Erstattungsantrag

Für _____ KV-Nummer _____

Behandlungsbescheinigung	
Die Patientin/der Patient	Name Vorname _____
War an folgenden Tagen zur Behandlung:	
am	_____._____._____
Aus medizinischen Gründen erforderliches Transportmittel	
<input type="checkbox"/>	PKW
<input type="checkbox"/>	Öffentliche Verkehrsmittel
Zusätzlich _____	
<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um einen Ausnahmefall (§ 8 Krankentransport-Richtlinien)
Für die Verordnung eines anderen Transportmittels (z. B. Krankentransportwagen) sind die Krankentransport-Richtlinien zu beachten.	
Datenschutzhinweis	
Wir benötigen die Daten zur Prüfung Ihres Antrages nach §§ 60 SGB V und § 284 SGB V.	

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