

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 \_\_\_\_\_

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

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