

## Antrag auf Erstattung der Fahrkosten

Name des Versicherten .....

Anschrift .....

Krankenversicherungsnummer .....

### Bescheinigung für Fahrkosten

Anzahl der Behandlungstage .....

- Amb. Operationen im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis anstelle von stationärer Behandlung
- Ambulante Krankenhausbehandlung anstelle von voll-/ teilstationäre Krankenhausbehandlung
- Strahlenbehandlung und Chemotherapie
- Stationäre Krankenhausbehandlung

Nächst erreichbare Behandlungsstätte  ja  nein

Begleitperson erforderlich  ja  nein

wenn ja, bitte Begründung .....

.....

.....

Notwendiges Beförderungsmittel:

- öffentliches Verkehrsmittel
- PKW (privat)
- Taxi/ Mietwagen
- Sonstiges .....

.....

Datum / Stempel

.....

Unterschrift des Behandlers

Name des Versicherten .....

Krankenversicherungsnummer .....

Die Fahrten erfolgten mit dem eigenen PKW  ja  nein

einfache Entfernung in km .....  
(die Angabe wird anhand eines Routenplaners nochmals überprüft)

Mir sind folgende Kosten entstanden: (nur auszufüllen, falls kein öffentliches Verkehrsmittel benutzt wurde):

am	von Ort	nach Ort	

Überweisung des Erstattungsbetrages soll auf folgendes Konto erfolgen:

Konto Nummer ..... BLZ .....

IBAN ..... BIC .....

Kontoinhaber .....

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)