

Antrag auf Fahrkostenerstattung



Name, Vorname der/des Versicherten KV-Nummer

Name, Vorname der/des Familienversicherten KV-Nummer

Anschrift Telefon (freiwillig)

Fahrt(en) von _____ nach _____

Fahrt mit dem PKW (einfache Strecke) _____ km

Höhe des Fahrpreises (öffentliche Verkehrsmittel): _____ € (bitte Fahrkarten beifügen)

Höhe des Fahrpreises (Fahrt mit Taxi): _____ € (bitte Quittung beifügen)

Grund der Fahrt(en): _____

Datum der Fahrt(en): _____

Die Behandlung erfolgte aufgrund: Arbeitsunfalls, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit sonstiger Erkrankung
 sonstigen Unfalls, sonstiger Unfallfolgen, Schlägerei Versorgungsleiden

Ich versichere, dass mir die Fahrkosten in der angegebenen Höhe aus Anlass der bescheinigten Behandlung(en) entstanden sind. Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kreditinstitut Kontoinhaber

IBAN BIC/SWIFT-Code

Ort, Datum Unterschrift der/des Versicherten

Bescheinigung des behandelnden Arztes

Die/Der Versicherte wurde an folgenden Tagen in unserer Praxis/Klinik behandelt:

Es handelt sich um: eine ambulante Operation am eine Krankenhausbehandlung (voll- oder teilstationär)
 eine Chemo- oder Strahlentherapie eine vor- oder nachstationäre Behandlung
 eine Dialysebehandlung eine sonstige ambulante Behandlung (bitte spezifizieren)
 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung bei Pflegegrad 3 liegt vor eine stationäre Vorsorgemaßnahme
 eine Rehabilitationsmaßnahme

Begleitung war erforderlich nein ja, wegen _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Kostenübernahme bzw. Erstattung von Fahrkosten nach § 60 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (Verzögerung oder Ablehnung der Kostenübernahme von Fahrkosten) führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter agida.de/datenschutz.