

Antrag auf Fahrkostenerstattung



Name, Vorname des/der Versicherten KV-Nummer

Name, Vorname des/der Familienversicherten KV-Nummer

Anschrift Telefon

Fahrt von _____ nach _____

Entfernung (einfache Strecke) _____ km

Höhe des Fahrpreises (öffentliche Verkehrsmittel) für eine Hin- und Rückfahrt: _____ EUR (Bitte Fahrkarten beifügen)

Anzahl der Fahrten _____ x Preis je Fahrt _____ EUR = Gesamt _____ EUR

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 Behandlungen entstanden sind. Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kreditinstitut Kontoinhaber

IBAN BIC/SWIFT-Code

Ort, Datum Unterschrift des/der Versicherten

Bescheinigung des behandelnden Arztes

Der/Die Versicherte wurde in unserer Praxis/Klinik behandelt

Diagnose: _____

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)

Die Behandlung wurde an folgenden Tagen durchgeführt:

Begleitung war erforderlich

nein ja, wegen _____

Benutzung des PKW war aus medizinischen Gründen erforderlich

nein ja, wegen _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch SGB X):
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 I 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 www.agida.de/datenschutzrechte.