

### Antrag auf Erstattung von Fahrkosten (Vom Versicherten auszufüllen)

Die im Antrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des laufenden bzw. entstehenden Verwaltungsverfahrens notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen (§ 35 SGB I, § 284 SGB V, § 67a SGB X und § 60 SGB V) erhoben.

Familienname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Aktuelle Bankverbindung: \_\_\_\_\_ (IBAN)  
 Soll diese Kontonummer für künftige Anträge/Erstattungen für Sie in Ihrem Stammdatensatz hinterlegt werden?  
 ja  nein, bitte nur für diesen Antrag verwenden

### Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für folgende Fahrt(en) / Transport(e)

am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

für  mich  folgende Personen (z. B. Kinder, Ehegatte) :

\_\_\_\_\_

mit  öffentlichen Verkehrsmitteln  
 eigenem PKW, einfache Entfernung \_\_\_\_\_ km  
 Taxi  
 Krankenwagen/ sonstigem: \_\_\_\_\_

Weshalb waren die Fahrten notwendig und Art der Behandlung?

\_\_\_\_\_

Wird / Wurde eine Begleitperson benötigt?  NEIN  JA

Meine Aufwendungen betragen zusammen \_\_\_\_\_ €. (Bitte fügen Sie etwaige Belege z. B. Fahrkarten, Taxiquittungen bei)

Die Fahrten zu obiger Behandlungsstätte mit öffentlichen Verkehrsmitteln kosten \_\_\_\_\_ €. (Diese Angabe ist auch notwendig, wenn Sie mit einem anderen Verkehrsmittel gefahren sind.)

Liegt eine anerkannte **Schwerbehinderung** (aG, Bl, H) vor?  Nein  Ja  
 Liegt ein anerkannter **Pflegegrad** 3, 4 oder 5 vor?  Nein  Ja  
 Liegt ein anerkanntes **Versorgungsleiden** (BVG) vor?  Nein  Ja  
 Handelt/e es sich um einen **Arbeits-/Schul-/Kindergartenunfall**?  Nein  Ja

Zuständiger Unfallversicherungsträger : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin)

**Angaben zur medizinischen Notwendigkeit** (bitte von Ihrem Arzt ausfüllen lassen)

Patient/ Patientin:

**Fahrten sind/waren medizinisch notwendig wegen:**

- vollstationärer** Behandlung (von – bis ) \_\_\_\_\_
- vorstationärer** Behandlung (von – bis) \_\_\_\_\_
- nachstationärer** Behandlung (von – bis) \_\_\_\_\_
- teilstationärer** Behandlung (von – bis ) \_\_\_\_\_  
(bitte ärztliche Bestätigung der einzelnen Behandlungstage beifügen)
- ambulanter Chemo-, Strahlen- oder Dialysebehandlung\*** ab \_\_\_\_\_
- ambulanter Operation (§115b SGB V)** am: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_
- sonstiger ambulanter Behandlungen\***

Welcher Art ? \_\_\_\_\_

\* **Behandlungstage:** \_\_\_\_\_

Wird/wurde durch die **ambulante Behandlung** ein ansonsten notwendiger Krankenhausaufenthalt vermieden, verkürzt oder ist dieser nicht durchführbar?

Ja  Nein

**Medizinisch erforderliches Transportmittel für die Hinfahrt:**

öffentliches Verkehrsmittel  privater PKW  Taxi  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Medizinisch erforderliches Transportmittel für die Rückfahrt:**

öffentliches Verkehrsmittel  privater PKW  Taxi  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Falls keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzt werden können, bitten wir um eine kurze medizinische Begründung: \_\_\_\_\_

**Ist eine Begleitperson medizinisch notwendig:**  ja  nein

Handelt es sich um die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes/ Krankenhauses