

Versicherter <i>Name, Vorname</i>	Geburtsdatum	EKVNR

Folgende Fahrkosten sind entstanden

für mich selbst Name, Vorname Geburtsdatum

für meinen Ehegatten/mein Kind

durch Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel *Fahrkarte bzw. Quittung liegt bei*

von nach €

durch PKW-Benutzung für die Fahrstrecke (Hin- und Rückfahrt)

von nach km gesamt

- Die Behandlung erfolgte wegen
 - Unfallfolgen, Diagnose (*Angabe ist freiwillig*):
 - eines Versorgungsleidens (z. B. Impfschaden, Kriegs- oder Wehrdienstschaden)
 - Es liegt eine Schwerbehinderung vor nein ja..... Behinderungsgrad und Merkzeichen lt. Ausweis
- %
- Ich bestätige, dass
 - ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln **nicht** besteht.
 - der günstigste Tarif gewählt wurde.
 - eine Fahrkostenerstattung für den unten genannten Zeitraum bisher nicht beantragt worden ist.

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Betrag auf das Konto: Kontoinhaber, falls nicht mit dem/der Versicherten identisch

IBAN BIC (*nur bei Auslandsbankverbindung*)

Geldinstitut

Datum • Unterschrift Versicherte(r)

Bescheinigung durch Arzt / Zahnarzt / Krankenhaus

Die Patientin/der Patient Name, Vorname	überwiesen von ggf. Name, Anschrift des Arztes/Zahnarztes
<input type="checkbox"/> war an folgenden Tagen in meiner Sprechstunde	
Achtung: Serienbehandlung im Rahmen einer Chemo-/Strahlentherapie bestätigen Sie bitte auf der Rückseite	
am am am am am 	<i>bei stationärer Behandlung</i> Aufnahmetag Entlassungstag
<input type="checkbox"/> war zur ambulanten Operation in unserer Praxis (OP gemäß dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen)	
OP am am am am am 	<i>weitere Behandlungsdaten</i>
<input type="checkbox"/> Die Behandlung erfolgte im Rahmen der Integrierten Versorgung "IV".	
<input type="checkbox"/> es handelt sich um die nächsterreichbare und geeignete Behandlungsstätte (wenn nein , bitte die nächsterreichbare und geeignete Behandlungsstätte namentlich mit Anschrift benennen)	
	

Erforderliches Transportmittel:

öffentl. Verkehrsmittel PKW

Zusätzlich:

Begleitperson war erforderlich

Es handelt sich um einen Ausnahmefall (§ 8 Krankentransport-Richtlinien)

Für die Verordnung eines anderen Transportmittels (z. B. Krankentransportwagen oder Taxi/Mietwagen) sind die Krankentransport-Richtlinien zu beachten.

Datum • Unterschrift • Stempel der Praxis/des Krankenhauses

Versicherter Name, Vorname

Geburtsdatum

EKVNR

**Bescheinigung durch Behandler/bzw. Behandlungseinrichtung für
SERIENBEHANDLUNGEN
bei onkologischer Chemo- / Strahlentherapie**

Die Patientin/der Patient

Name, Vorname

war an folgenden Tagen zur Behandlung:

am	am	am	am	am	am	am
am	am	am	am	am	am	am

► **Bestätigung des Behandlers/der Behandlungseinrichtung**

Es wird bestätigt, dass der/die vorgenannte Versicherte an den vorgenannten Tagen in meiner/unsere
Einrichtung im Rahmen einer ambulanten Serienbehandlung...

Chemotherapie
 Strahlentherapie } erhalten hat. Beginn der Behandlung am Ende der Behandlung am

Bei unserer Einrichtung handelt es sich um die nächsterreichbare und geeignete Behandlungsstätte
(wenn **nein**, bitte die nächsterreichbare und geeignete Behandlungsstätte namentlich mit Anschrift
benennen).

Datum • Unterschrift • Stempel der Praxis / Behandlungseinrichtung

► **Erforderliches Transportmittel:**

Für die Verordnung des nachfolgenden Transportmittels ist zwingende Voraussetzung, dass ein
öffentliches Verkehrsmittel **aus medizinischen Gründen** nicht benutzt werden kann.

PKW

Zusätzlich:

Begleitperson war erforderlich

Es handelt sich um einen Ausnahmefall
(§ 8 Krankentransport-Richtlinien)

**Für die Verordnung eines anderen Transport-
mittels (z. B. Krankentransportwagen oder
Taxi/Mietwagen) sind die Krankentransport-
Richtlinien zu beachten.**

Datum • Unterschrift • Stempel der Praxis / Behandlungseinrichtung