

Absender:

**Antwort**

Ihr Zeichen:

**Antrag auf Fahrkostenerstattung**

Versicherter Name, Vorname	Geburtsdatum	KVNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Folgende Fahrkosten sind entstanden**

für mich selbst

für meine Ehegattin / mein Kind

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

von	nach	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €

**durch PKW-Benutzung** in Höhe von 0,20 € je Kilometer

von	nach	km gesamt (Hin- und Rückfahrt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Die Behandlung erfolgte** wegen

Unfallfolgen, Diagnose (Angabe ist freiwillig):

eines Versorgungsleidens (z. B. Impfschaden, Kriegs- oder Wehrdienstschaden)

**Es liegt eine Schwerbehinderung vor (Eine Kopie liegt bei)**

aG       BI       H

**Sie erhalten Leistungen der Pflegeversicherung**

Der Pflegegrad 4 oder 5 ist von der Pflegeversicherung anerkannt.

Der Pflegegrad 3 und eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität liegen vor.

**Ich bestätige, dass**

- ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln **nicht** besteht.
- der günstigste Tarif gewählt wurde.
- eine Fahrkostenerstattung für diese Fahrten bisher nicht beantragt worden ist.

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Betrag auf das Konto:

Kontoinhaber, falls nicht mit dem Versicherten identisch

IBAN	BIC (letzte drei Stellen ggf. optional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Versicherter

## Bescheinigung durch behandelnde Person oder Behandlungseinrichtung für Fahrten zum Arzt oder Krankenhaus

### Patient

Name, Vorname

### überwiesen von

Name, Anschrift des Arztes / Zahnarztes

### Bestätigung der behandelnden Person / der Behandlungseinrichtung

Es wird bestätigt, dass der vorgenannte Versicherte an den folgenden Tagen in meiner / unserer Einrichtung war.

War an folgenden Tagen zur ambulanten Behandlung:

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

Die Behandlung erfolgte im Rahmen der integrierten Versorgung „IV“.

war zur ambulanten OP in unserer Praxis am \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

War an folgenden Tagen zur stationären Behandlung:

- vorstationäre Behandlung -		- stationäre Behandlung -		- nachstationäre Behandlung -		
am	am	Aufnahmetag	Entlassungstag	am	am	am

War an folgenden Tagen zur teilstationären Behandlung:

am	am	am	am	am	am	am
am	am	am	am	am	am	am
am	am	am	am	am	am	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)

### Erforderliches Transportmittel:

öffentliches Verkehrsmittel       PKW

Zusätzlich:

Begleitperson war erforderlich

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

Es liegt eine eingeschränkte Mobilität analog dem Merkzeichen G vor

**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

Absender:

**Antwort**

Ihr Zeichen:

**Bescheinigung durch behandelnde Person oder Behandlungseinrichtung für Serienbehandlung  
Bei onkologischer Chemo-/ Strahlentherapie, Dialyse**

**Patient**

Name, Vorname

**überwiesen von**

Name, Anschrift

**Bestätigung der behandelnden Person / der Behandlungseinrichtung**

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

- Chemotherapie
- Strahlentherapie - erhalten hat.
- Dialyse

Beginn der Behandlung am

Ende der Behandlung am

War an folgenden Tagen zur Behandlung:

am	am	am	am	am	am	am
am	am	am	am	am	am	am
am	am	am	am	am	am	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)

**Erforderliches Transportmittel:**

- öffentliches Verkehrsmittel
- PKW

Zusätzlich:

- Begleitperson war erforderlich
- Es handelt sich um einen Ausnahmefall (§ 8 Krankentransport-Richtlinien)
- Es liegt eine eingeschränkte Mobilität analog dem Merkzeichen G vor

**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