Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, PLZ Ort	Versichertennummer

Erklärung des Versicherten:

Die Kosten eines öffentlichen Verkehrsmittels betrugen für die Hin- und Rückfahrt _____ EUR (Bitte senden Sie Nachweise mit. Danke!)

❑ Mit einem öffentlichen Verkehrsmittel konnte ich nicht fahren, weil

_____

❑ Für die Fahrten benutzte ich meinen privaten PKW. Die Fahrstrecke je Behandlung (Hin- und Rückfahrt) betrug _____km

Begleitperson fuhr während der Behandlung nach Hause: ❑ ja ❑ nein

Ich bin von Zuzahlungen befreit: ❑ ja ❑ nein

Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

_____	_____	_____
Datum und Unterschrift	Telefon	E-Mail-Adresse

Ärztliche Bescheinigung (bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen):

Ziel der Fahrt: _____ Tag / Zeitraum der Behandlung: _____

Die Fahrt war mit privaten Pkw/Taxi medizinisch notwendig:	❑ ja*	❑ nein
Eine Begleitperson war erforderlich:	❑ ja	❑ nein
Ein öffentliches Verkehrsmittel konnte benutzt werden:	❑ ja	❑ nein* (bitte begründen)
Wurde die Behandlung in der nächsterreichbaren geeigneten Einrichtung durchgeführt?	❑ ja	❑ nein

Falls die Fahrt mit einem privaten PKW notwendig war, geben Sie bitte unbedingt die medizinische Begründung an.
D**ie Erstattung von Pkw- bzw. Taxi-Kosten ist nur in medizinisch begründeten Fällen (z. B. wegen Gehbehinderung)** möglich .

_____

_____

_____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung können Sie die Nr. 01620 EBM 2000plus berechnen

Sind Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln gefahren, benötigen wir die Original Fahrscheine. Hier ist keine ärztliche Bestätigung notwendig.
Ist aus medizinischen Gründen die Fahrt mit dem PKW notwendig, lassen Sie sich dies auf dem Formular bestätigen.