

ANTRAG

AUF ERSTATTUNG VON FAHRKOSTEN



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Ich beantrage die Fahrkostenerstattung für:		
<input type="checkbox"/> mich	<input type="checkbox"/> meinen Ehegatten:	<input type="checkbox"/> mein Kind:
Die Fahrt(en) war(en) aus folgendem Grund notwendig:		
Bei ambulanten Behandlungen legen Sie bitte die vom Arzt ausgestellte Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4) bei!		

2. IST DIE ENTSTEHUNG DER FAHRKOSTEN DIREKT ODER AUCH INDIREKT FOLGE EINES UNFALLEREIGNISSES?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. DIE STRECKE WURDE ZURÜCKGELEGT MIT
<input type="checkbox"/> privaten PKW einfache Entfernung <input type="text"/> km
<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen Gesamtbetrag <input type="text"/> Euro Quittungen beifügen!
<input type="checkbox"/> öffentlichen Verkehrsmitteln weiter mit Punkt 5
<input type="checkbox"/> Krankenwagen ggf. Rechnung beifügen und weiter mit Punkt 6

4. FAHRTEN - ANGABEN BEI NUTZUNG VON PRIVATEN PKW BZW. TAXI/MITWAGEN		
Datum (Hinfahrt)	Datum (Rückfahrt)	Behandlungsort

