



Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Name, Vorname, Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

Anschrift, Telefonnummer

Ärztliche Verordnung (Alternativ kann Muster 4 der Vordruckvereinbarung ausgestellt werden.)

Mitteilung von Krankheiten und dritterverursachten Gesundheitsschäden gem. § 294a SGB V

Unfall/Unfallfolgen Arbeitsunfall/Berufskrankheit Versorgungsleiden (BVG o. Ä.)

sonstiger Schaden _____

Diagnosen _____

Behandlungsziel und -umfang _____

Handelt es sich um die nächsterreichbare geeignete Behandlungsstätte für diese Behandlung (vgl. § 3 Abs. 2 KT-RL)?

Ja Nein (medizinische Begründung) _____

Ist die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels möglich?

Ja Nein (medizinische Begründung) _____

Ist eine Begleitung erforderlich?

Nein Ja (medizinische Begründung) _____

Wird bei der ambulanten Behandlung ein stationärer Aufenthalt vermieden oder verkürzt?

Ja Nein

Hauptleistung: Krankenhausaufenthalt _____ (Name des Krankenhauses)

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär

Krankenhausbehandlung vor-/nachstationär

Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Behandlungsdaten _____

Hauptleistung: ambulante Operation (nur bei stationersetzenden Eingriffen)

Stationersetzende ambulante Operation gem. § 115b SGB V

Vor-/Nachbehandlung bei stationersetzender
ambulanten Operation

Datum _____

Behandlungsdaten _____

Hauptleistung: ambulante Behandlung

Hochfrequentierte Behandlung Voraussichtliche Behandlungsfrequenz _____ x pro Woche über _____ Monate

Dialyse (Bitte unbedingt die Möglichkeit eines Sammeltransportes prüfen und unten kennzeichnen. Vielen Dank.)

Onkologische Strahlentherapie bzw. parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie

Vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Voraussichtliche Behandlungsdauer _____ Monate

Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad IV oder V, bei Pflegegrad III i. V. m. dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung

Vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD10) _____

Ggf. Dauer der Serienbehandlung von _____ bis _____

Bitte beachten Sie, dass über Ihren Leistungsanspruch und -umfang erst nach eingehender Prüfung der vollständigen Unterlagen entschieden werden kann.



Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Krankenversicherungsnummer _____

Krankentransport

Von	Nach	Hinfahrt	Von	Nach	Rückfahrt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wohnung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arztpraxis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Beförderungswege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Beförderungswege

Beförderungsmittel

- Taxi/Mietwagen
 KTW
 RTW
 Notarztwagen
 Andere (z.B. PKW anstelle Taxi, ÖPNV, Rollstuhltransport)
- Hinfahrt
 Rückfahrt

Mit Begleitperson

- Ja
 Nein

Art des Transportes

- Sammeltransport
 nein
 ja, Anzahl der Mitfahrer _____
- Wartezeit
 nein
 ja, Dauer der Wartezeit _____

Besondere Ausstattung

- Nein
 Tragestuhl
- Nicht umsetzbar aus Rollstuhl
 Liegend
 Andere _____

Ort, Datum _____ Unterschrift und Stempel des Arztes _____

Ihre Angaben als Versicherter

Im Falle der Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels/Taxi habe ich die Fahrausweise/Quittungen im Original beigelegt.

Bei Benutzung eines privaten PKW: Meine Fahrstrecke je Behandlung betrug für Hin- und Rückfahrt zusammen _____ Kilometer.

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Bankverbindung

IBAN _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____