



## 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 \_\_\_\_\_