

Absender:

Antwort

Ihr Zeichen:

Antrag auf Fahrkostenerstattung

Versicherter Name, Vorname <u>Walch, Maria</u>	Geburtsdatum <u>24.07.99</u>	KVNR <u>T90200167S</u>
---	---------------------------------	---------------------------

Folgende Fahrkosten sind entstanden

☒ für mich selbst

☐ für meine Ehegattin / mein Kind

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

von	nach	Betrag
		€

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

von	nach	km gesamt (Hin- und Rückfahrt)
<u>Kaiserslautern, Dausenberg</u>	<u>Heidelberg, Kopfklinik</u>	<u>202</u>

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)
<u>D E 9 7 5 0 6 1 0 5 1 7 5 9 3 6 8 9 0 0 6 2</u>	<u>I N G D D E T F F X X</u>

31.01.2023
Datum

[Signature]
Unterschrift Versicherter

bitte wenden

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

Patient

Name, Vorname

Walch, Maria

überwiesen von

Name, Anschrift des Arztes / Zahnarztes

Dr. Jonas Fröhlich, Pfaffenbergstr 79, 67663 KL

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
14.12.22						
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.

14.12.22

Datum – Unterschrift – Stempel der Praxis / des Krankenhauses

Neurochirurgische Universitätsklinik Heidelberg
Geschäftsführender Direktor
Prof. Dr. A. Unterberg
Neurochirurgische Station 1
im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221/56-6312, Fax: 06221/56-5037