

Absender:

Antwort

Ihr Zeichen:

Antrag auf Fahrkostenerstattung

Versicherter Name, Vorname <u>Walch, Maria</u>	Geburtsdatum <u>24.07.99</u>	KVNR <u>T902001679</u>
---	---------------------------------	---------------------------

Folgende Fahrkosten sind entstanden

☒ für mich selbst

☐ für meine Ehegattin / mein Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

von

nach

Betrag

€

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

km gesamt (Hin- und Rückfahrt)

von

nach

Kaiserslautern, Daxenberg

Heidelberg, Kopfklinik

202

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

DE97506105175936890062

BIC (letzte drei Stellen ggf. optional)

INGDDE33HAN

31.01.2023

Datum

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, 69663 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
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
		22.12.23	29.12.23			

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.

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

22.12.22

Datum – Unterschrift – Stempel der Praxis / des Krankenhauses