

# Antrag auf Erstattung von Fahrkosten zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie

Name, Vorname des Versicherten  
(für den die Erstattung beantragt wird)

Versichertennummer (bitte immer angeben)

Anschrift

Geburtsdatum

Telefonnummer\*

E-Mail-Adresse\*

## Ärztliche Bestätigung (vom Arzt auszufüllen)

onkologische Strahlentherapie  
Zeitraum der Therapie  
(inkl. Planungs-CT):  
\_\_\_\_\_

onkologische Chemotherapie  
Zeitraum der Therapie:  
\_\_\_\_\_

PZN

## medizinische Notwendigkeit des Beförderungsmittels:

- Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich  
 Fahrt mit PKW medizinisch erforderlich  
 Fahrt mit Taxi/Mietwagen medizinisch erforderlich weil .....  
 Begleitung aus medizinischen Gründen erforderlich, weil .....

Betriebsstättennummer

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

## Bestätigung und Erklärung des Versicherten

IBAN:

Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten

- Bankverbindung gilt nur für diesen Antrag  
 Bankverbindung gilt für diesen Antrag und die Zukunft

### Hinweis

Die AOK Bayern ist berechtigt, den aus diesem Antrag gegebenenfalls entstehenden Erstattungsbetrag mit eventuellen Schulden bei der AOK Bayern aufzurechnen (§ 51 SGB I).

Datum (TTMMJJ)

Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Zahlung von Fahrkosten nach § 60 SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Möglicher Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

\* Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen



AOK Bayern  
Die Gesundheitskasse  
92400 Amberg

Versichertennummer: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Steht die Fahrt im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Berufskrankheit?**  Ja  
 Wurden Sie durch Angehörige/Begleitperson gefahren?  Ja  
 Wenn ja, ist Ihr Angehöriger/Begleitperson während der Behandlung zurück gefahren?  Ja

Behandlungs- datum	Stempel und Unterschrift der Behandlungseinrich- tung	Fahrpreis		Kilo- meter einfache Strecke	für
		EUR	Ct		
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt
					<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt