



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		Kilome- ter 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