

## Antrag auf Erstattung von Fahrkosten zur Dialyse- oder Apheresebehandlung

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Versichertennummer (bitte immer angeben)

Anschrift

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsdatum

Telefonnummer\*

E-Mail-Adresse\*

### Anlass der Fahrt

Dialysebehandlung

Apheresebehandlung

### Ärztliche Bestätigung (vom Arzt auszufüllen)

#### medizinische Notwendigkeit des Beförderungsmittels:

Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich

Fahrt mit PKW medizinisch erforderlich

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

|   |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Preis je Fahrt<br><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>EUR      Ct |  |  |  |  |  | <b>oder</b> | Entfernungskilometer<br><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>(einfache Strecke) |  |  |  | Anzahl der Fahrten<br><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>Datum der <b>ersten</b> Fahrt<br>(TTMMJJ) |  |  |  |  |  |  | <b>oder</b> | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>Datum der <b>letzten</b><br>Fahrt (TTMMJJ) |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |

Dialyseprotokoll liegt bei  ja  nein

**Hinweis:**

Wenn Ihnen Ihr Dialysezentrum eine Aufstellung der Behandlungszeiten (mit Bestätigung des notwendigen Beförderungsmittels und Unterschrift des Arztes) ausgehändigt hat, können Sie die Bescheinigung einfach Ihrem Antrag beifügen. **Ein nochmaliges Übertragen in die nachstehenden Felder ist in diesem Fall nicht nötig.**

**Behandlungstermine**

(bitte die einzelnen Fahrdaten (TTMMJJ) eintragen, wenn kein Dialyseprotokoll beigefügt ist)

- |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | 6. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  | 11. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | 7. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  | 12. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | 8. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  | 13. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | 9. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  | 14. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | 10. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | 15. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Stempel und Unterschrift des Arztes