

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 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