
Vorname Name

Straße

PLZ Ort

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Fahrtkosten Erstattung
14456 Potsdam

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Antrag auf Erstattung der Fahrtkosten für

Vorname Name

Krankenversichertennummer

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

• Bei Fahrten zur ambulanten Behandlung benötigen wir die Angabe, ob Sie einen Schwerbehindertenausweis besitzen, sowie das Merkzeichen. Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine Kopie des Ausweises bei (sofern uns dieser nicht bereits vorliegt).

Schwerbehindertenausweis Merkzeichen aG BI H

Ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung wurde gestellt ja, am _____ nein

Ich versichere die Richtigkeit der oben aufgeführten Angaben und bestätige, dass eine Fahrtkostenerstattung für die genannten Zeiten bisher nicht beantragt worden ist.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Erstattung von Fahrtkosten nach § 60 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten ggf. Betreuers/
Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters

Anwesenheitsbestätigung für:

Vorname Name _____

Krankenversicherternummer _____

Angaben der Praxis:					Angaben des Versicherten:
Datum der Behandlung	Fahrt von:	Fahrt nach:	Anlass der Fahrt	Unterschrift/Stempel der Praxis	entstandene Fahrkosten
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)

Vorname Name

Straße

PLZ Ort

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Fahrtkosten Erstattung
14456 Potsdam

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Mitteilung Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Girokonto:

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma/Sonstige) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige	
Straße und Hausnummer (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
Postleitzahl und Ort (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)	
IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen !
BIC* (SWIFT-Code, 8 oder 11 Stellen)	Kreditinstitut

* Die Angabe des BIC kann bei SEPA-Zahlungen innerhalb Deutschlands und in die anderen EU-/EWR-Länder entfallen.

Datum

Unterschrift **Zahlungsempfänger**,
ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder
Bevollmächtigter

Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**

Telefon (Angabe freiwillig)

Telefon (Angabe freiwillig)

Hinweis zum Datenschutz: Die Daten werden nur für den Zahlungsverkehr verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.