

# Antrag auf Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname der Versicherten (für die Erstattung beantragt wird)	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	E-Mail Adresse*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Telefonnummer*

Die Fahrt/en erfolgte/n mit:

öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn)  
(Bitte fügen Sie Ihre Tickets bei und ergänzen Sie den Gesamtfahrpreis auf der Rückseite.)

PKW  
(Bitte ergänzen Sie die Kilometerangaben auf der Rückseite.)

Taxi oder Mietwagen  
(Bitte fügen Sie diesem Antrag die ärztliche Verordnung einer Krankenbeförderung sowie den Quittungsbeleg bei und ergänzen Sie den Gesamtfahrpreis auf der Rückseite.)

Bitte zutreffendes ankreuzen: Steht/Stehen diese Fahrt/en im Zusammenhang mit

\_\_\_\_\_ einem Unfall oder einer Unfallfolge

\_\_\_\_\_ einer Berufskrankheit

\_\_\_\_\_ einer anerkannten Schädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz?

## Die Überweisung des Erstattungsbetrages erfolgt auf nachfolgendes Bankkonto

<b>IBAN:</b>	<input type="text"/>	<b>BIC:</b>	<input type="text"/>
<b>Bankinstitut:</b>	<input type="text"/>		

Wenn im Ausnahmefall der Kontoinhaber nicht identisch mit der Antragstellerin ist, geben Sie bitte den Namen und die vollständige Anschrift an:

Name, Vorname des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

### Hinweis

Die AOK PLUS ist berechtigt, den aus diesem Antrag ggf. entstehenden Erstattungsbetrag mit eventuellen Schulden bei der AOK PLUS aufzurechnen (§ 51 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)).

### Hinweis zum Datenschutz:

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 erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte).

\*Die Angabe der Telefonnummer und eMail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten oder eines Bevollmächtigten bzw. Betreuers

### Wird von der AOK PLUS ausgefüllt:

BANK <input type="checkbox"/>	DRIT <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zuzahlung <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Beginn: _____	Ende: _____			Zahlbetrag: _____		
Beginn: _____	Ende: _____			Zahlbetrag: _____		
Sachlich und rechnerisch richtig: _____				EDV erfasst: _____		
Datum Unterschrift _____				Datum Unterschrift _____		



Die **Gesundheitskasse**  
für Sachsen und Thüringen.

Deutsche Post   
ANTWORT

AOK PLUS  
Kundencenter Fahrkosten  
09099 Chemnitz

9113-KC-FKRD

### Ambulante Behandlung

Versichertennummer:

Die AOK PLUS darf in folgenden Fällen Fahrten zur Krankenbehandlung erstatten.  
(Zutreffendes wird durch Arzt angekreuzt)

- Beim Versicherten liegt **Pflegegrad 3, 4 oder 5** und eine **dauerhafte Beeinträchtigung** in der **Mobilität** vor.
- Der Versicherte besitzt einen **Schwerbehindertenausweis** mit mindestens einem der drei Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“.
- Die AOK PLUS hat auf Grund besonderer Ausnahmen einer Kostenübernahme zugestimmt.

Behandlungsdatum	*wird vom Arzt ausgefüllt				Fahrpreis	Kilometer einfache Strecke	
	Beförderungsmittel*	medizinisch notwendige Begleitung*	Unterschrift und Stempel des Arztes*	Hinfahrt		Rückfahrt	
1.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
2.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
3.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
4.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
5.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
6.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
7.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
8.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
9.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
10.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
11.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
12.	Öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
<b>Gesamtfahrpreis:</b>							