

## Antrag auf Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer ambulanten onkologischen Chemotherapie

Name, Vorname der Versicherten (für die Erstattung beantragt wird)	Versichertennummer
Geburtsdatum	E-Mail Adresse*
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

**IBAN:**  **BIC:**

**Bankinstitut:**

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.

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	Zuzahlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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 onkologische Chemotherapie

Versichertennummer:

\*wird nur vom Arzt ausgefüllt

Die Behandlung ist erforderlich wegen\*:

Die Therapie erfolgt/e mit Zytostatika\*: ja  nein

Die Therapie erfolgte mit Bisphosphonaten\*: ja  nein

Verwendetes Medikament\*:

Zeitraum der Therapie\*: Beginn: vorauss. Ende:

#### Behandlungstermine:

am: _____	am: _____	am: _____	am: _____
am: _____	am: _____	am: _____	am: _____
am: _____	am: _____	am: _____	am: _____
am: _____	am: _____	am: _____	am: _____
am: _____	am: _____	am: _____	am: _____
am: _____	am: _____	am: _____	am: _____
am: _____	am: _____	am: _____	am: _____
am: _____	am: _____	am: _____	am: _____

Beförderungsmittel*	medizinisch notwendige Begleitung*			
öffentliche VKM <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Vom Versicherten auszufüllen: PKW: \_\_\_\_\_ km (einf. Strecke)  
Gesamtfahrpreis: \_\_\_\_\_ EUR