

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer ambulanten onkologischen Strahlentherapie

| | |
|---|--------------------|
| 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.

*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

Onkologische Strahlentherapie

Versichertennummer:

*wird nur vom Arzt ausgefüllt

Handelt es sich um eine onkologische Strahlentherapie?*

- ja Diagnose
- nein

Zeitraum der Therapie*:

erste Bestrahlung: _____
(inkl. Planungs-CT/Lokalisation)

voraussichtliches 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"/> |
| Privat-PKW | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Vom Versicherten auszufüllen: **PKW:** _____ km (einfache Strecke)
Gesamtfahrpreis: _____ EUR