

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer stationären 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

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.

<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	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 _____



Stationäre Behandlung

Versichertennummer: [redacted]

Table with columns for treatment date, transport means, medical necessity, doctor's signature, fare, and kilometers. Includes sections for 'Vorstationär' and 'Nachstationär' treatments with checkboxes for public/private transport and medical necessity.

Gesamtfahrpreis: [input box]