

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer teilstationären Behandlung

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 Krankbeförderung 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

Teilstationäre Behandlung

Versichertennummer:

***wird nur vom Arzt ausgefüllt**

Abrechnungszeitraum*:

_____ **Monat Jahr** (z. B. Januar 2017)

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 (einf. Strecke)
Gesamtfahrpreis: _____ EUR