

**Ausfüllhilfe zum Antrag auf Erstattung von Fahrkosten  
zur ambulanten Behandlung oder Operation oder Rehabilitation – inkl. Beispielangaben**

Pflichtfelder

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Musterstr. 1<br>9999 Musterstadt<br>Anschrift<br><br>Telefonnummer* | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Z</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> Versichertennummer (bitte immer angeben) | Z | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Z   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |   |   |
|   | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td> </tr> </table> Geburtsdatum (TTMMJJJJ)                                      | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 9 | 9 |   |   |
| 0   | 1   | 0 | 1 | 1 | 9 | 9 | 9 |   |   |   |   |
|   | E-Mail Adresse*   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Pflichtfelder – ausschließlich vom Arzt auszufüllen

**Anlass der Fahrt**

ambulante medizinische Rehabilitation (bei Taxi keine Verordnung/Muster 4 erforderlich)

**Ärztliche Bestätigung (vom Arzt auszufüllen, inkl. Bestätigung Behandlungstermine auf d. Rückseite)**

|   |   |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung<br><input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „BL“ oder „H“<br><input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 und erhebliche Mobilitätseinschränkung<br><input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 oder 5 | <input type="checkbox"/> ambulante stationersetzende Operation<br>am <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Tag der amb. OP (TTMMJJ)<br>Grund _____<br>_____ |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |

**Medizinische Notwendigkeit des Beförderungsmittels (vom Arzt auszufüllen)**

- Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich
- Fahrt mit PKW medizinisch erforderlich
- Fahrt mit Taxi/Mietwagen medizinisch erforderlich (Verordnung/Muster 4 ist beizufügen!)
- Begleitung aus medizinischen Gründen erforderlich, weil: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Betriebsstätten-Nummer

**Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes**

**Bestätigung und Erklärung des Versicherten**

Pflichtfelder (inkl. Unterschrift)

|       |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IBAN: | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>E</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> </table> Mustermann, Maria<br>Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten | D | E | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| D     | E  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |   |   |
|       | <input type="checkbox"/> Bankverbindung gilt nur für diesen Antrag<br><input type="checkbox"/> Bankverbindung gilt für diesen Antrag und die Zukunft   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|       | <b>Hinweis:</b> 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)) .  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|       | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td> </tr> </table> Datum (TTMMJJ)  | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0     | 1  | 0 | 1 | 2 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|       | Max Mustermann<br>Unterschrift des Versicherten (bzw. Betreuer, Bevollmächtigter)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**Hinweise 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 E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

AOK PLUS  
Kundencenter Fahrkosten  
09099 Chemnitz

9113-KC-FKRD

Versichertennummer 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Z | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Pflichtfeld**

- Steht die Fahrt im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall/einer Berufskrankheit?  ja
- Wurden Sie durch Angehörige oder eine Begleitperson gefahren?  ja
- Wenn ja, ist Ihr Angehöriger/Begleitperson während der Behandlung zurückgefahren?  ja

**Behandlungstermine**

| Behandlungs-<br>datum<br><small>im Format TTMMJJ</small> | Stempel und Unterschrift<br>der<br>Behandlungseinrichtung | Fahrpreis       |   |   |   | Kilometer           |   | Wegstrecke                                   |   |
|--|---|-----------------|---|---|---|---------------------|---|--|---|
|  |   | Belege beifügen |   |   |   | einfache<br>Strecke |   | HF = zur Behandl.<br>RF = zur Whg.           |   |
| EUR  | Ct  |                 |   |   |   |                     |   |  |   |
| 0 1 0 1 2 2  |   | 1               | 5 | 3 | 0 |                     |   | <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |
| 0 2 0 1 2 2  |   |                 |   |   |   | 2                   | 2 | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt |
| 0 3 0 1 2 2  |   |                 |   |   |   | 2                   | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> Hinfahrt | <input checked="" type="checkbox"/> Rückfahrt |
|  |   |                 |   |   |   |                     |   | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |
|  |   |                 |   |   |   |                     |   | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |
|  |   |                 |   |   |   |                     |   | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |
|  |   |                 |   |   |   |                     |   | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |
|  |   |                 |   |   |   |                     |   | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |
|  |   |                 |   |   |   |                     |   | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |
|  |   |                 |   |   |   |                     |   | <input type="checkbox"/> Hinfahrt            | <input type="checkbox"/> Rückfahrt            |

**Format beachten**

**ausschließlich vom Arzt auszufüllen**

**€/Ct.-Beträge bzw. KM-Angaben rechtsbündig**

**mind. 1 Kreuz pro Fahrdatum**

**Pflichtfelder**

YOA1