

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

Pflichtfelder

<i>Mustermann, Max</i>	Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Name, Vorname der/des Versicherten (für die/den die Erstattung beantragt wird)	Versichertennummer (bitte immer angeben)
Musterstr. 1 9999 Musterstadt	0 1 0 1 1 9 9 9
Anschrift	Geburtsdatum (TTMMJJJJ)
Telefonnummer*	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)

ambulante Behandlung ambulante stationersetzende Operation

Merkzeichen „aG“, „BL“ oder „H“ am

--	--	--	--	--	--

 Tag der amb. OP (TTMMJJ)

Pflegegrad 3 und erhebliche Mobilitätseinschränkung Grund _____

Pflegegrad 4 oder 5

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

Pflichtfelder (inkl. Unterschrift)

Bestätigung und Erklärung des Versicherten

IBAN:

D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mustermann, Maria

Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten

Bankverbindung gilt nur für diesen Antrag

Bankverbindung gilt für diesen Antrag und die Zukunft

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)) .

0	1	0	1	2	2
---	---	---	---	---	---

 Datum (TTMMJJ)

Max Mustermann 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.

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

Format beachten

ausschließlich vom Arzt auszufüllen

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

mind. 1 Kreuz pro Fahrdatum

Pflichtfelder

YOA1