

Ausfüllhilfe zum Antrag auf Erstattung von Fahrkosten zur ambulanten Dialyse- oder Apheresebehandlung - inkl. Beispielangaben

Pflichtfelder	Mustermann, Max	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									
	Ärztliche Bestätigung (vom Arzt auszufüllen, inkl. Bestätigung Behandlungstermine auf d. Rückseite)									
	<input type="checkbox"/> Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> Apheresebehandlung								
	<input type="checkbox"/> Urlaubs-/Gastdialysebehandlung									
	Unterkunft	PLZ	Ort	Straße und Hausnummer						
Gastdialyse	PLZ	Ort	Straße und Hausnummer							
	Medizinische Notwendigkeit des Beförderungsmittels (vom Arzt auszufüllen)									
	<input type="checkbox"/> Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich <input type="checkbox"/> Fahrt mit PKW medizinisch erforderlich <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/Mietwagen medizinisch erforderlich (Verordnung/Muster 4 ist beizufügen!) <input type="checkbox"/> Begleitung aus medizinischen Gründen erforderlich, weil: _____									
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> 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											
	<input type="checkbox"/> Bankverbindung gilt nur für diesen Antrag <input type="checkbox"/> 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	Max Mustermann										
	Datum (TTMMJJ)	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

Preis je Fahrt (Belege bitte beifügen)	oder	Kilometer	Anzahl Fahrten												
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td>4</td><td>3</td><td>0</td></tr></table>		4	3	0		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td>6</td></tr></table>	2	6				
	4	3	0												
1	0														
2	6														
EUR Ct		Einfache Strecke													
Datum erste Fahrt	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	0	1	0	1	2	2	Datum letzte Fahrt	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	3	1	0	1	2	2
0	1	0	1	2	2										
3	1	0	1	2	2										

(Datum-Angaben bezogen auf den Abrechnungszeitraum im Format TTMMJJ)

Dialyseprotokoll liegt bei: ja nein

Hinweis: Wenn Ihnen Ihr Dialysezentrum eine Aufstellung der Behandlungszeiten (mit Bestätigung des notwendigen Beförderungsmittels und Unterschrift des Arztes) ausgehändigt hat, können Sie die Bescheinigung einfach Ihrem Antrag beifügen. **Ein nochmaliges Übertragen in die nachstehenden Felder ist in diesem Fall nicht nötig.**

Behandlungstermine

Bitte die einzelnen Fahrttage im Format TTMMJJ eintragen, wenn kein Dialyseprotokoll beigefügt ist

1.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	0	1	0	1	2	2	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
0	1	0	1	2	2																
2.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	0	4	0	1	2	2	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
0	4	0	1	2	2																
3.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	0	7	0	1	2	2	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
0	7	0	1	2	2																
4.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
5.	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

Stempel und Unterschrift des Arztes

Felder „Preis je Fahrt“ oder „Kilometer“: €/Ct.-Beträge bzw. KM-Angaben rechtsbündig eintragen
Pflichtfelder: „Anzahl Fahrten“ sowie „Datum erste und letzte Fahrt“ (im Abrechnungszeitraum)
Hinweisfeld beachten

YOA2