

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

<b>Pflichtfelder</b>	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*											

<b>Pflichtfelder – ausschließlich vom Arzt auszufüllen</b>	<b>Anlass der Fahrt</b>																
	<b>Ärztliche Bestätigung (vom Arzt auszufüllen, inkl. Bestätigung Behandlungstermine auf d. Rückseite)</b>																
	<input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Apheresebehandlung</span> <input type="checkbox"/> Urlaubs-/Gastdialysebehandlung																
	Unterkunft																
	PLZ	Ort	Straße und Hausnummer														
Gastdialyse																	
	PLZ	Ort	Straße und Hausnummer														
<b>Medizinische Notwendigkeit des Beförderungsmittels (vom Arzt auszufüllen)</b>																	
<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; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> Betriebsstätten-Nummer												_____ Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes					

<b>Pflichtfelder (inkl. Unterschrift)</b>	<b>Bestätigung und Erklärung des Versicherten</b>																	
	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																	
<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%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> 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](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

<b>Preis je Fahrt</b> (Belege bitte beifügen)	<b>oder</b>	<b>Kilometer</b>	<b>Anzahl Fahrten</b>												
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><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													
<b>Datum erste Fahrt</b>	<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	<b>Datum letzte Fahrt</b>	<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