

Ausfüllhilfe zum Antrag auf Erstattung von Fahrkosten zur ambulanten onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie - 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*

Anlass der Fahrt

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

onkologische Strahlentherapie Chemotherapie Bisphosphonattherapie

Medikament: _____

Therapiezeitraum gesamt: (inkl. Planungs-CT bei Strahlentherapie)

von: [][][][][][] bis: [][][][][][]
(TTMMJJ) (TTMMJJ)

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

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 *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.

Pflichtfelder – ausschließlich vom Arzt auszufüllen

Pflichtfelder (inkl. Unterschrift)

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)

		3	5	0
EUR			Ct	

oder

Kilometer

		9
		Einfache Strecke

Anzahl Fahrten

	1	8
--	---	---

Datum erste Fahrt

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

Datum letzte Fahrt

3	1	0	1	2	2
---	---	---	---	---	---

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

Behandlungstermine

1.	0	1	0	1	2	2												
2.	0	5	0	1	2	2												
3.	1	0	0	1	2	2												
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		

(im Format TTMMJJ) (im Format TTMMJJ) (im Format TTMMJJ)

Stempel und Unterschrift des Arztes

YOAS

Felder „Preis je Fahrt“ oder „Kilometer“: €/Ct.-Beträge bzw. KM-Angaben rechtsbündig eintragen
Pflichtfelder: „Anzahl Fahrten“ sowie „Datum erste und letzte Fahrt“ (im Abrechnungszeitraum)
Behandlungstermine im Format TTMMJJ eintragen, Arzt-Stempel und -Unterschrift Pflichtfeld