

Ausfüllhilfe zum Antrag auf Erstattung von Fahrkosten zur stationären Behandlung oder Rehabilitation oder Vorsorgekur – inkl. Beispielangaben

Pflichtfelder

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

Anlass der Fahrt

Pflichtfelder – ausschließlich vom Arzt auszufüllen

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <small>(inkl. vor-/nachstationär)</small> | <input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation <small>(bei Taxi keine Verordng./Muster 4 erforderlich)</small> |
| <input type="checkbox"/> teilstationäre Behandlung | <input type="checkbox"/> medizinische Vorsorgekur |
| von: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>Datum der Aufnahme (TTMMJJ)</small> | bis: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <small>Datum der Entlassung (TTMMJJ)</small> |

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

Medizinische Notwendigkeit des Beförderungsmittels

- 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: | D E 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 Mustermann, Maria <small>Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten</small> |
| <input type="checkbox"/> Bankverbindung gilt nur für diesen Antrag <input type="checkbox"/> Bankverbindung gilt für diesen Antrag und die Zukunft | |
| <small>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)).</small> | |
| 0 1 0 1 2 2 <small>Datum (TTMMJJ)</small> | Max Mustermann <small>Unterschrift des Versicherten (bzw. Betreuer, Bevollmächtigter)</small> |

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.



Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Deutsche Post ANTWORT

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

Table with 5 main columns: Behandlungsdatum, Stempel und Unterschrift der Behandlungseinrichtung, Fahrpreis (EUR/Ct), Kilometer (einfache Strecke), and Wegstrecke (Hinfahrt/Rückfahrt). Includes a date format example (TTMMJJ) and a 'Format beachten' note.

YOA4

Pflichtfelder