

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

Pflichtfelder

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ▼ Mustermann, Max Name, Vorname der/des Versicherten (für die/den die Erstattung beantragt wird) | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Z</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> Versichertennummer (bitte immer angeben) | Z | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Z | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| Musterstr. 1 9999 Musterstadt Anschrift | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td> </tr> </table> Geburtsdatum (TTMMJJJJ) | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 9 | 9 | | |
| 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 9 | 9 | | | | |
| Telefonnummer* | E-Mail Adresse* | | | | | | | | | | |

Anlass der Fahrt

Pflichtfelder – ausschließlich vom Arzt auszufüllen

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung (inkl. vor-/nachstationär) | <input type="checkbox"/> medizinische Rehabilitation (bei Taxi keine Verordng./Muster 4 erforderlich) | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> teilstationäre Behandlung | <input type="checkbox"/> medizinische Vorsorgekur | | | | | | | | | | | | |
| von: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Datum der Aufnahme (TTMMJJ) | | | | | | | bis: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Datum der Entlassung (TTMMJJ) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

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: | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>E</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> </table> Mustermann, Maria Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten | D | E | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| D | E | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | | |
| <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)). | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td> </tr> </table> Datum (TTMMJJ) | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ 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.



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 sample entry with values 010122, 1530, 22, 22.

YOA4

Pflichtfelder