

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten zur ambulanten Behandlung

Name, Vorname des Versicherten
(für den die Erstattung beantragt wird)

Versichertennummer (bitte immer angeben)

Anschrift

Geburtsdatum

Telefonnummer*

E-Mail-Adresse*

Anlass der Fahrt

☐ ambulante medizinische Rehabilitation

Ärztliche Bestätigung (vom Arzt auszufüllen)

☐ ambulante Behandlung

☐ Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“

☐ Pflegegrad 3 und erhebliche
Mobilitätseinschränkung

☐ Pflegegrad 4 oder 5

☐ ambulante stationersetzende Operation

am

--	--	--	--	--	--	--	--

(Tag der amb. OP: TTMMJJ)

medizinische Notwendigkeit des Beförderungsmittels:

☐ Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich

☐ Fahrt mit PKW medizinisch erforderlich

☐ Fahrt mit Taxi/Mietwagen medizinisch erforderlich weil _____

☐ Begleitung aus medizinischen Gründen erforderlich, weil _____

--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Bestätigung und Erklärung des Versicherten

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten

☐ Bankverbindung gilt nur für diesen Antrag

☐ Bankverbindung gilt für diesen Antrag und die Zukunft

Bitte reichen Sie **keine** medizinischen Unterlagen (z.B. Arzt- oder Krankenhausberichte) ein.

Hinweis

Die AOK Bayern ist berechtigt, den aus diesem Antrag gegebenenfalls entstehenden Erstattungsbetrag mit eventuellen Schulden bei der AOK Bayern aufzurechnen (§ 51 SGB I).

Datenschutzhinweis: 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 verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Möglicher Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

* Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen

Deutsche Post 
ANTWORT

AOK Bayern
Die Gesundheitskasse
92400 Amberg

Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Steht die Fahrt im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Berufskrankheit? ☐ Ja
 Wurden Sie durch Angehörige/Begleitperson gefahren? ☐ Ja
 Wenn ja, ist Ihr Angehöriger/Begleitperson während der Behandlung zurück gefahren? ☐ Ja

Behandlungs- datum	Stempel und Unterschrift der Behandlungseinrich- tung	Fahrpreis EUR	Ct	Kilome- ter einfache Strecke	für
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt
					☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt