

Antrag auf Kostenübernahme med. notwendiger Fahrkosten

Ihr Team BKK Textilgruppe Hof: Tel.: 0800 255 84 40

Name, Vorname

Geb.-Datum

KV-Nummer

Ich beantrage die Erstattung anfallender Fahrkosten aus folgendem Grund:

ambulante ärztliche / therapeutische
Behandlung bei

_____ Name des Arztes /Therapeuten

Serienbehandlung Art: _____

Vor- und nachstationäre Behandlung,
stationäre Behandlung von _____ bis _____

ambulante Operation OP-Tag _____

ambulante Rehabilitation Zeitraum von _____ bis _____

stationäre Rehabilitation Zeitraum von _____ bis _____

Mutter-Kind-Kur Zeitraum von _____ bis _____

Behandlungsort / Kurort _____

Behandlungstermine

Ich benutze folgendes Verkehrsmittel:

öffentliches Verkehrsmittel

Krankentransportwagen

Privat-PKW

Einfache Entfernung in km _____

Taxi aus folgendem Grund:

Begleitperson erforderlich aus folgendem
Grund:

Bitte um Kostenerstattung auf das Konto:

IBAN :

Datum

Unterschrift Versicherter

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname

Geb.-Datum

KV-Nummer

Erforderliches Verkehrsmittel

- Krankentransportwagen Privat-PKW
 öffentliches Verkehrsmittel Taxi
 Begleitperson erforderlich aus folgendem Grund

Diagnose der zwingenden medizinischen Notwendigkeit unter Angabe des Diagnoseschlüssels nach ICD 10

Fahrtkosten zur

- vollstationären Leistung
 vor- und nachstationäre Behandlung
 teilstationär
 ambulante Behandlung
 ambulante Operation
 Serienbehandlung – ambulante Chemo/Strahlentherapie

Behandlungsort /
Behandlungstermine

Von

- Wohnung
 Arztpraxis
 Krankenhaus

Nach

- Wohnung
 Arztpraxis
 Krankenhaus
-

| | | |
|---------------|------------|-----------|
| Name, Vorname | Geb.-Datum | KV-Nummer |
|---------------|------------|-----------|

Art des Transportes

Sammelfahrt

ja

nein

Falls ja, Anzahl der Mitfahrer

Wartezeit

ja

nein

Dauer der Wartezeit

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden:

Arbeitsunfall/-folgen

sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen

Berufskrankheit

Versorgungsleiden

Gewaltanwendung

Sonstiges:

Besonderheiten:

Besondere Betreuung / Ausstattung erforderlich

ja

nein

(falls ja bitte beschreiben)

Krankenfahrten zur ambulanten Serienbehandlung:

Der Patient leidet an folgender Grunderkrankung:

die eine Therapie erfordert, die über einen längeren Zeitraum erfolgen muss.

Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf Beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Seele unerlässlich ist.

Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung:

(Nur ausfüllen, falls der Patient keinen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ „BI“ oder „H“ bzw. keine Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder vorweist)

Der Patient ist durch seine Erkrankung in der Mobilität beeinträchtigt und bedarf einer Behandlung über einen längeren Zeitraum

_____ Datum

_____ Unterschrift / Stempel des Arztes