

Fahrkosten

ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
Name _____

Versicherungsnummer _____

Grund der Beförderung

Krankenhausbehandlung

- voll- oder teilstationär vor- oder nachstationär
 anderer Grund (z. B. stat. Hospizfahrt)
 Bitte Fahr Anlass nennen _____

ambulante Behandlung

- hochfrequente Behandlung: onkologische Chemo- oder Strahlentherapie
 Dialyse
 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5)
 Unfall/-folge Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (OEG/BVG)

Name und Adresse der Behandlungseinrichtung _____

Angaben des Arztes

Angaben des Versicherten

Datum der Fahrt	Fahrweg	Beförderungsmittel	Begleitperson	Kilometer einfache Strecke oder Fahrpreis
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt	<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Datum _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____