

Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 60 SGB V. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

BARMER



BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Absender

Ihr Schreiben vom
Versicherungsnummer

Erstattung von Fahrkosten

1. Grund der Beförderung

Krankenhausbehandlung

- voll- oder teilstationär
- vor- oder nachstationär
- anderer Grund:

ambulante Behandlung

- hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)
- dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung (Merkzeichen "aG", "BI", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung. Pflegegrad 4 oder 5)

Adresse und Name der Behandlungseinrichtung

2. Beförderungsmittel (aus medizinischen Gründen notwendig)

vom Arzt auszufüllen

Datum	Hinfahrt	Begleitperson	Rückfahrt	Begleitperson
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für die Fahrt wurde keine Verordnung einer Krankbeförderung (Muster 4) ausgestellt.

Unfall: ja nein

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ort/Datum

Für die oben bescheinigte ärztliche Behandlung erfolgten Fahrten

von (Adresse)

nach (Adresse)

- mit öffentlichem Verkehrsmittel
- Taxi (bitte Nachweis beifügen)
- eigenem PKW

► Kosten für einfache Fahrt €

► Fahrstrecke (einfache Fahrt) km

Die Erstattung beschränkt sich auf die Kosten, die bei Inanspruchnahme der 2. Klasse in den öffentlichen Verkehrsmitteln entstehen, es sei denn, die Benutzung eines anderen Transportmittels war zwingend medizinisch notwendig. Dabei sind alle tarifmäßigen Vergünstigungen in Anspruch zu nehmen.

Bitte erstatten Sie die Fahrkosten auf das Konto:

Kontoinhaber(in)

Geldinstitut

IBAN

BIC

Datum/Unterschrift

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

von Ihnen auszufüllen

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklamert oder geheftet zurück.

Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 60 SGB V. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.



BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Absender

[]

Ihr Schreiben vom []
Versicherungsnummer []

Erstattung von Fahrkosten

1. Grund der Beförderung

Krankenhausbehandlung

- voll- oder teilstationär
- vor- oder nachstationär
- anderer Grund:

ambulante Behandlung

- hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie)
- dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung (Merkzeichen "aG", "BI", "H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung. Pflegegrad 4 oder 5)

Adresse und Name der Behandlungseinrichtung

2. Beförderungsmittel (aus medizinischen Gründen notwendig)

Datum	Hinfahrt	Begleitperson	Rückfahrt	Begleitperson
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Fahrt mit Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für die Fahrt wurde keine Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4) ausgestellt.

Unfall: ja nein

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ort/Datum

vom Arzt auszufüllen

Schicken Sie Unterlagen lose und nicht geklamert oder geheftet zurück.