

Fahrkosten

ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Name

Ihr Zeichen

Grund der Beförderung

Krankenhausbehandlung

- voll- oder teilstationär
 vor- oder nachstationär
 anderer Grund (z. B. stat. Hospizfahrt)
 Bitte Fahranlass 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 (BVG / SER)

Name und Adresse der Behandlungseinrichtung _____

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

Angaben des Arztes

Angaben des Versicherten