

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten



_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Anschrift	Versichertennummer

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten zur ...

- ambulanten Behandlung stationären Behandlung

Praxis oder Krankenhaus _____ am / von - bis (bitte Termin- oder Liegebescheinigung beilegen)

Anschrift _____

- Privater PKW - Die BKK Pfalz ermittelt die kürzeste Strecke laut Routenplaner für die Erstattung *
 Taxi – bitte Quittungen beilegen *

**bitte lassen Sie den Abschnitt „ärztliche Bescheinigung“ ausfüllen!*

- Öffentliche Verkehrsmittel – bitte Fahrscheine beilegen

Meine Begleitperson fuhr während der Behandlung nach Hause: ja nein

Ich bin von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit: ja nein

Meine Bankverbindung für die Erstattung: IBAN _____

Datum und Unterschrift _____

Telefon / eMail-Adresse für Rückfragen _____

Ärztliche Bescheinigung (bitte vom behandelnden / einweisenden Arzt ausfüllen lassen):

Fahrt(en) mit privaten Pkw oder Taxi medizinisch notwendig;
ÖPNV kann aus med. Gründen nicht genutzt werden: ja* nein

Eine Begleitperson war erforderlich: ja nein

Wurde die Behandlung in der nächsterreichbaren
geeigneten Einrichtung durchgeführt? ja nein

falls nein: nächstgelegene, geeignete Einrichtung _____

*** Die Erstattung von Pkw- bzw. Taxi-Kosten ist nur in medizinisch begründeten Fällen (z. B. wegen Gehbehinderung) möglich – bitte angeben:**

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist EBM 01620 abrechnungsfähig!