

## Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

### 1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu den Fahrkosten

Folgende Fahrkosten sind in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ entstanden:

- Für mich selbst
- Für meinen familienversicherten Ehegatten \_\_\_\_\_
- Für mein familienversichertes Kind \_\_\_\_\_

Durch Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (bitte Fahrkarte/n beifügen)  
von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
je einfache Fahrt

Durch Benutzung eines PKW's für die Fahrstrecke  
von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_ km  
je einfache Fahrt

### 3. Medizinische Angaben:

Die Behandlung erfolgte wegen folgender Diagnose/n: \_\_\_\_\_

- Es handelt sich um
- Folgen eines Versorgungsleidens
  - Unfallfolgen

- Ich bestätige, dass
- ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht besteht.
  - der günstigste Tarif gewählt wurde.
  - eine Fahrkostenerstattung für den o. g. Zeitraum bisher nicht beantragt wurde.

---

Name, Vorname des Versicherten, Geburtsdatum des Versicherten

**4. Ich/mein Kind konnte keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen**

---

---

**5. Wer hat die Entscheidung getroffen, Sie/Ihr Kind mit einem Krankentransportwagen statt mit einem Taxi oder einem privaten PKW zu transportieren?**

---

---

---

**6. Liegen bei Ihnen folgende Merkmale vor:**

- Schwerbehinderung mit dem Merkmal „aG“, „Bl“ oder „H“
  - Ja (Bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen)
  - Nein
- Pflegestufe 2 oder 3
  - Ja
  - Nein

**7. Angaben zur Bankverbindung**

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Betrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Geldinstitut: \_\_\_\_\_  
Konto-Nr.: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift