

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung

Name, Vorname des Versicherten
(für die Erstattung beantragt wird)

Versichertennummer

Geburtsdatum

E-Mail Adresse*

Anschrift

Telefonnummer*

Die Fahrt/en erfolgte/n mit:

öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn)
(Bitte fügen Sie Ihre Tickets bei und ergänzen Sie den Gesamtfahrpreis auf der Rückseite.)

PKW
(Bitte ergänzen Sie die Kilometerangaben auf der Rückseite.)

Taxi oder Mietwagen
(Bitte fügen Sie diesem Antrag die ärztliche Verordnung einer Krankbeförderung sowie den Quittungsbeleg bei und ergänzen Sie den Gesamtfahrpreis auf der Rückseite.)

Bitte zutreffendes ankreuzen: Steht/Stehen diese Fahrt/en im Zusammenhang mit
einem Unfall oder einer Unfallfolge
einer Berufskrankheit
einer anerkannten Schädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz?

Die Überweisung des Erstattungsbetrages erfolgt auf nachfolgendes Bankkonto

IBAN: **BIC:**

Bankinstitut: _____

Wenn im Ausnahmefall der Kontoinhaber nicht identisch mit dem Antragsteller ist, geben Sie bitte den Namen und die vollständige Anschrift an:

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Hinweis

Die AOK PLUS ist berechtigt, den aus diesem Antrag ggf. entstehenden Erstattungsbetrag mit eventuellen Schulden bei der AOK PLUS aufzurechnen (§ 51 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)).

Hinweis zum Datenschutz:

Damit wir unsere Aufgaben im Zusammenhang mit dem von Ihnen gestellten Antrag auf Erstattung von Fahrkosten rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund von § 60 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu erheben. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Gewährung des Leistungsanspruchs führen.

*Die Angabe der E-Mail-Adresse und/oder der Telefonnummer ist freiwillig.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder eines Bevollmächtigten bzw. Betreuers

Wird von der AOK PLUS ausgefüllt:

BANK <input type="checkbox"/>	DRIT <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuzahlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beginn: _____	Ende: _____	Zahlbetrag: _____
Beginn: _____	Ende: _____	Zahlbetrag: _____
Sachlich und rechnerisch richtig: _____		EDV erfasst: _____
Datum Unterschrift		Datum Unterschrift



Die **Gesundheitskasse**
für Sachsen und Thüringen.

Deutsche Post 
ANTWORT

AOK PLUS
Kundencenter Fahrkosten
09099 Chemnitz

9113-KC-FKRD

Stationäre Behandlung

Versichertennummer:

Behand- lungsdatum	*wird vom Arzt ausgefüllt				Fahr- preis	Kilometer einfache Strecke	
	Beförderungs- mittel*	medizinisch notwendige Begleitung*	Unterschrift und Stempel des Arztes*	Hin- fahrt		Rück- fahrt	
Vorstationär: Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. ¹⁾ Ausnahme: Eigenblutspende bitte im Antrag unter vorstationär gesondert vermerken. (§ 115 a Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V))							
1.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
2.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
3.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
stationärer Aufenthalt							
Aufnahme am	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Entlassung am	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Nachstationär: Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. (§ 115 a Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V))							
1.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
2.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
3.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
4.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
5.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
6.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
7.	öffentl. VKM <input type="checkbox"/> Privat-PKW <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					

Gesamtfahrpreis: