

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

E-Mail: info@bkkvp.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Persönliche Angaben

Name	Vorname
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort
Konto-Nummer	BLZ
IBAN	BIC

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten

von	nach	am
Grund der Fahrt Krankenhausaufnahme/-entlassung stationärer Kuraufenthalt amb. Operation vor- bzw. nachstationäre Behandlung Dialysebehandlung onkolog. Chemotherapie/Strahlentherapie amb. Behandlung (Vorherige Genehmigung erforderlich)*		

*Erstattung nur, wenn Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ (bitte Kopie beifügen), der Pflegegrad 4 oder 5 nachgewiesen ist, der Pflegegrad 3 mit der dauerhaften Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt oder wenn nach ärztlichem Attest (s. Anlage) Erkrankungen mit vergleichbarem Schweregrad vorliegt.

Je Fahrt entstanden mir folgende Kosten (Zutreffendes ankreuzen)
für öffentliche Verkehrsmittel (bitte Fahrausweise beifügen) _____ € (Hin- und Rückweg)

Anstelle des öffentlichen Verkehrsmittels benutzte ich
das eigene Kraftfahrzeug (Die Fahrkilometer betragen je *einfache* Fahrt) _____ km.

ein Taxi _____ € (Beleg beifügen)

Sofern die Fahrt aus medizinischen Gründen notwendig war, ist dies auf der folgenden Seite vom Arzt zu bescheinigen.

Kontaktdaten und Unterschrift

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)				
E-Mail	Telefonnummer Festnetz		Telefonnummer mobil	
	Vorwahl	Rufnummer	Vorwahl	Rufnummer

Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.

Ort/Datum	Unterschrift X
-----------	--------------------------

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann das zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den Kontaktdaten um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.

Ärztliche Bescheinigung

Name	Vorname
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort

war hier anwesend		
am	am	am
am	am	am

Es handelt sich um eine

schwerwiegende Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die **mindestens zweimal wöchentlich** und über einen Zeitraum von **mindestens 6 Monaten** erfolgen muss und den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, die eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich macht.

Diagnose: _____

Pflegegrad 3 mit dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität liegt vor.

stationäre / teilstationäre Behandlung/stationärer Kuraufenthalt

vor- bzw. nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)

Fahrt(en) zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis, sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung, wenn dadurch eine aus medizinischen Gründen notwendige vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist folgende der o.g. Termine waren/sind übliche ambulante (Vor- bzw. Nach-)Untersuchungen:

onkologische Chemotherapie

Strahlentherapie

Dialysebehandlung

Fahrt mit öffentlichem Verkehrsmittel möglich

Hinfahrt

Rückfahrt

Autotransport aus medizinischen Gründen erforderlich

Hinfahrt

Rückfahrt

Taxi bzw. Mietwagen aus medizinischen Gründen erforderlich

Hinfahrt

Rückfahrt

Begleitperson erforderlich

für

Hinfahrt

Rückfahrt

Handelt es sich hier um die nächst erreichbare, geeignete Behandlungsmöglichkeit?

ja	nein
wenn nein: nächste Behandlungsmöglichkeit	

Ort/Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
	X