

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- KK-Leistung -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.

A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigten und fehlende Angaben ergänzen.)

Name	Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsdatum

B. Vom Versicherten auszufüllen

An dem vom behandelnden Arzt, Krankenhausarzt, Zahnarzt bestätigten Behandlungstagen erfolgten die Fahrten mit

Taxi/Mietwagen (Quittungsbelege beifügen)
 öffentlichen Verkehrsmitteln (Fahrkarten bitte beifügen)
 einem privaten PKW, die **einfache** Entfernung beträgt _____ Kilometer

Es liegt ein Schwerbehindertenausweis vor nein ja (beim ersten Antrag oder Änderung bitte Kopie beifügen)

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf das nachstehende Konto.

C. Bankverbindung

Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen?

Name und Sitz der Bank	BIC
IBAN	

Kontoinhaber

D. Unterschrift

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
-------	--------------------------------

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter SVLFG.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.

E. Vom behandelnden Arzt, Krankenhausarzt, Zahnarzt usw. auszufüllen

voll- oder teilstationäre Maßnahmen

vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr teilstationäre Behandlungstage

vor- oder nachstationäre Krankenhausbehandlung

am _____ am _____ am _____ am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V

am _____ am _____ am _____ am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

OPS-Schlüssel _____ Diagnose _____

Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V

am _____ am _____ am _____ am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Dialyse, onkologische Strahlentherapie, parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/ parenterale onkologische Chemotherapie

am _____ am _____ am _____ am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

am _____ am _____ am _____ am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

ambulante Behandlung (außer Dialyse, onkologische Strahlentherapie, parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie)

am _____ am _____ am _____ am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

am _____ am _____ am _____ am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit

nein ja _____
Ort der nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit

Aus medizinischen Gründen notwendiges Beförderungsmittel

öffentliches Verkehrsmittel privater PKW Begleitperson erforderlich Taxi/Mietwagen

F. Unterschrift

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____