



Aktenzeichen:

**Antrag auf Erstattung von Fahrkosten**

**A. Angaben zur Person** (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon

**B. Vom Versicherten auszufüllen**

An den 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 Änderungen bitte Kopie beifügen)

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

_____	_____
Name und Sitz der Bank	IBAN
_____	_____
Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit oben genannter Person)	BIC

**C. 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 [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de) unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.



Aktenzeichen:

**D. 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 Operation 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

öffentliche Verkehrsmittel  privater PKW  Begleitperson erforderlich  Taxi/Mietwagen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes