



Aktenzeichen: _____

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon

B. 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