Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Hinweise:
Fahrkosten dürfen nur bis zur örtlich nächsten Behandlungsmöglichkeit mit dem medizinisch notwendigen Verkehrsmittel übernommen werden. Der Eigenanteil beträgt seit dem 01.01.2004 10 % der Kosten (mind. 5,- EUR, max. 10,- EUR) je einfache Fahrt. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung können nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden. Fahrpreisvergünstigungen sind in Anspruch zu nehmen. Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

1.1 Allgemeine Angaben (vom Versicherten auszufüllen)

Name, Vorname	Straße	Hausnummer
Geburtsdatum	PLZ	Ort
BKK-Versichertennummer	Telefonnummer (freiwillige Angabe)	

1.2 Beantragung Fahrkosten

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für

☐ mich ☐ meinen Ehegatten ☐ mein Kind

Ich beantrage die Fahrkostenerstattung wegen

☐ vollstationären Behandlung	von - bis:
☐ stationärer Vorsorge- oder medizinischer Rehabilitationsmaßnahme (einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Kuren)	von - bis:
☐ teilstationärer Behandlung (bitte ärztliche Bestätigung der einzelnen Behandlungstage beifügen)	von - bis:
☐ ambulanter Chemo-, Strahlen- oder Dialysebehandlung (bitte ärztliche Bestätigung der einzelnen Behandlungstage beifügen)	ab:
☐ ambulanter Operation (§115b SGB V) Diagnose: _____	am:
☐ sonstiger ambulanter Behandlungen* Welcher Art? _____	*Behandlungstage:

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de

1.3 Angaben zur Fahrt

Bitte geben Sie hier die genauen Anschriften des Ausgangs- und des Behandlungsortes (z. Bsp. Wohnung, Arztpraxis, Krankenhaus etc.) sowie den Namen des behandelnden Arztes an.

Ausgangsort:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Behandlungsort/Arztname/Adresse:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

1.4 Fahrkosten sind entstanden durch

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für

☐ Die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln (bitte Fahrscheine beifügen).

☐ Die Benutzung des Pkw: _____ km (einfache Strecke).

☐ Die Benutzung eines Taxis/Mietwagens (bitte Quittung beifügen).

Liegt eine anerkannte **Schwerbehinderung** (aG, Bl, H) vor?	☐ Ja ☐ Nein
Liegt ein anerkannter **Pflegegrad III, IV** oder **V** vor?	☐ Ja ☐ Nein
Liegt ein anerkanntes **Versorgungsleiden** (BVG) vor?	☐ Ja ☐ Nein
Handelt/e es sich um einen **Arbeitsunfall/-Schul/-Kindergartenunfall**?	☐ Ja ☐ Nein

Zuständiger Unfallversicherungsträger: _____

Bankverbindung

_____

Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten

Bank:	IBAN:	BIC:

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben und bestätige, dass
- ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht besteht
- der günstigste Tarif gewählt wurde
- eine Fahrkostenerstattung für die genannte Zeit bisher nicht beantragt worden ist
- bestehende Forderungen der BKK aufgerechnet werden sollen.

Datenschutzhinweis nach § 67a SGB X: Die personenbezogenen Daten sind zur Berechnung der Ihnen zu erstattenden Fahrkosten erforderlich. Rechtsgrundlage hierfür sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 60 SGB I. Ihre Mitwirkungspflicht, ohne die eine Erstattung nicht möglich ist, basiert auf §§ 60 ff SGB I. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift / ggf. Telefonnummer für Rückfragen

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de

2 Angaben zur medizinischen Notwendigkeit (darf nur vom Arzt ausgefüllt werden!)

Name, Vorname des/der Patient/In	Straße	Hausnummer
Geburtsdatum	PLZ	Ort
BKK-Versichertennummer		

Hauptleistung: Krankenhausaufenthalt _____ (Name des Krankenhauses)

☐ Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär ☐ Krankenhausbehandlung vor-/nachstationär

Behandlungszeitraum: von _____ bis _____ Behandlungsdaten: _____

Hauptleistung: ambulante Behandlung im Krankenhaus gem.§ 115 SGB V

Diagnose (ggf. Angabe ICD10): _____

☐ Ambulante Operation am: _____

☐ Vor- / Nachbehandlung bei ambulanter OP gem.§ 115 SGB V am: _____

Hauptleistung: ambulante Behandlung

Diagnose (ggf. Angabe ICD10): _____

hochfrequentierte Behandlung

Voraussichtliche Behandlungsfrequenz: _____ x pro Woche über _____ Monate

☐ Dialyse (Bitte unbedingt die Möglichkeit eines Sammeltransportes prüfen und unten kennzeichnen.)

☐ onkologische Strahlen-/Chemotherapie

☐ vergleichbarer Ausnahmefall wegen: _____

dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ Monate

☐ Merkzeichen "aG", "Bl", "H" oder Pflegegrad III, IV oder V

☐ bei Pflegegrad III: Es liegt eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vor, die einer Beförderung bedarf

☐ vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD10):

Ggf. Dauer der Serienbehandlung: von _____ bis _____

Wird bei der ambulanten Behandlung ein stationärer Aufenthalt vermieden oder verkürzt? ☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsarten

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de

☐ Ein öffentliches Verkehrsmittel ist/war ausreichend.

☐ Ein Taxi oder Mietwagen ist/war zwingend medizinisch notwendig.
(Hinweis: Soziale oder persönliche Gründe rechtfertigen nicht die Verordnung eines privaten Pkws o. Mietwagen/Taxi)

☐ Hin und Rückfahrt

☐ Nur Hinfahrt

☐ Nur Rückfahrt

☐ PKW ist/war zwingend medizinisch notwendig.

☐ Hin und Rückfahrt

☐ Nur Hinfahrt

☐ Nur Rückfahrt

☐ Eine Begleitperson ist/war zwingend medizinisch notwendig.

☐ Hin und Rückfahrt

☐ Nur Hinfahrt

☐ Nur Rückfahrt

Medizinische Begründung für Begleitperson:

☐ Die Praxis/Klinik gehört/gehörte - ausgehend vom Wohnort des Patienten - zu den beiden nächsterreichbaren Behandlungsmöglichkeiten oder ich habe direkt an die aufgesuchte Praxis/Klinik überwiesen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Krankenhauses

Datenschutzhinweis nach § 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X:
Die personenbezogenen medizinischen Daten sind zur Beurteilung des Anspruchs auf Fahrkostenerstattung erforderlich.
Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 60 SGB I
Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und Übermittlung sind §§ 100 SGB X i. V. m. 73 Abs. 2.9 SGB V

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de