

Name, Vorname der/des Versicherten

KV-Nummer

Anschrift

Telefon (freiwillige Angabe)

Fahrt(en) von _____ nach _____

Fahrt mit dem Auto (einfache Strecke) _____ km

Fahrtpreis für öffentliche Verkehrsmittel: _____ EUR (bitte Fahrkarten beifügen)

Fahrtpreis für Taxifahrt: _____ EUR (bitte Quittung beifügen)

Grund der Fahrt(en): _____

Datum der Fahrt(en): _____ Anzahl der Fahrt(en): _____

Grund für die Behandlung: Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit sonstige Erkrankung
 sonstiger Unfall, Unfallfolgen, Schlägerei Versorgungsleiden

Die Fahrkosten sind in der angegebenen Höhe entstanden, damit die bescheinigte Behandlung bzw. Behandlungen durchgeführt werden konnte(n). Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:

Kreditinstitut

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC/SWIFT-Code

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Bescheinigung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes *(Die Felder bitte immer ausfüllen.)*

Die/der Versicherte wurde an folgenden Tagen in unserer Praxis/Klinik behandelt:

Es handelt sich um eine ambulante Operation am _____ (Datum bitte eintragen) eine Krankenhausbehandlung (voll- oder teilstationär)
 eine Chemo- oder Strahlentherapie eine vor- oder nachstationäre Behandlung
 eine Dialysebehandlung eine sonstige ambulante Behandlung (bitte spezifizieren)
 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung bei Pflegegrad 3 liegt vor eine stationäre Vorsorgemaßnahme
 eine Rehabilitationsmaßnahme

Begleitung war erforderlich nein ja, wegen _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes