

Antrag auf FAHRTKOSTENERSTATTUNG

Vom (Von der) Versicherten leserlich auszufüllen!

Versicherte(r):

SVNr.

Tag Monat Jahr
(Geburtsdatum)

Patient(in):

SVNr.

Tag Monat Jahr
(Geburtsdatum)

Adresse:

.....

Bestätigung

Der (Die) Patient(in) wurde
wegen (Diagnose)

.....

.....

untersucht bzw. behandelt und

an

.....

zugewiesen zur weiteren

☐ Untersuchung

☐ Behandlung

Eine Begleitperson war erforderlich für

☐ ein Kind

Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ eine behinderte Person

01.12.2020

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes (der Ärztin)

Der (Die) Patient(in) hat die Behandlungsstelle aufgesucht:

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

am

.....

Unterschrift und Stempel

Bitte beachten Sie Folgendes:

1. Die Fahrtkosten werden auf Basis der Satzung bis zur nächstgelegenen Behandlungsstelle rückerstattet, sofern die Entfernung mehr als 20 km beträgt. Für Fahrtkosten innerhalb eines Stadtgebietes wird kein Ersatz geleistet!
2. Der Anspruch auf Kostenerstattung ist binnen 42 Monaten nach Inanspruchnahme der Leistung geltend zu machen. Bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht verfällt er frühestens zwei Jahre nach Rechtskraft dieser Feststellung.