

**Antrag auf Fahrkostenerstattung
bei der vivida bkk, 78044 Villingen-Schwenningen**



Name:

PLZ:

KV-Nr.

Fahrkosten Meine Angaben:

Behandelt wird/wurde _____ geb. am _____
Name; Vorname

Hinfahrt

von (Ort, Straße): _____ nach _____

Rückfahrt

von (Ort, Straße): _____ nach _____

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Hinfahrt

am _____	<input type="checkbox"/> PKW	_____ km
	<input type="checkbox"/> öffentliche VM	_____ €
	<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	_____ €
	<input type="checkbox"/> _____	_____

Kosten/Kilometer (einfache Fahrt)

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Rückfahrt

am _____	<input type="checkbox"/> PKW	_____ km
	<input type="checkbox"/> öffentliche VM	_____ €
	<input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen	_____ €
	<input type="checkbox"/> _____	_____

Kosten oder Kilometer

Begleitperson hat gewartet: ja nein

Insgesamt zurückgelegte Kilometer _____ km

Haben Sie weitere Fahrten zu anderen Orten, nutzen Sie bitte das Blatt „Weitere Fahrten“.

Ein oder mehrere Fahrten stehen (eventuell) im Zusammenhang mit

- einem Arbeits- oder Wegeunfall einem Schul- bzw. Kindergartenunfall
- einer Berufskrankheit sonstigen Unfallfolgen
- einem anerkannten Versorgungsleiden (z. B. Wehrdienstbeschädigung/Impfschäden)

Die beförderte Person ist im Besitz (bitte Kopien der Bescheide beifügen)

- eines Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG BI H
- einer gültigen Wertmarke zur kostenlosen Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs ja nein

Ich versichere die Richtigkeit der oben aufgeführten Angaben und bestätige dass,

- der günstigste Tarif gewählt wurde
- eine Fahrkostenerstattung für die genannten Zeiten bisher nicht beantragt worden sind und auch nicht gegenüber anderen Kostenträgern geltend gemacht werden/wurden
- bestehende Forderungen der vivida bkk aufgerechnet werden sollen (§ 51 SGB I)

Ich bitte um Erstattung auf das Konto:

IBAN _____ BIC _____

Geldinstitut _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ihre persönlichen Daten werden von der vivida bkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vivida bkk finden Sie unter: www.vividabkk.de/datenschutz

Name:

PLZ:

KV-Nr.

Weitere Fahrten (bei Bedarf)

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Kosten/Kilometer (einfache Fahrt)

Hinfahrt

PKW _____ km

am _____ Öffentliche VM _____ €

Taxi/Mietwagen _____ €

_____ _____

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Kosten oder Kilometer

Rückfahrt

PKW _____ km

am _____ Öffentliche VM _____ €

Taxi/Mietwagen _____ €

_____ _____

Insgesamt zurückgelegte Kilometer _____

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Kosten/Kilometer (einfache Fahrt)

Hinfahrt

PKW _____ km

am _____ Öffentliche VM _____ €

Taxi/Mietwagen _____ €

_____ _____

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Kosten oder Kilometer

Rückfahrt

PKW _____ km

am _____ Öffentliche VM _____ €

Taxi/Mietwagen _____ €

_____ _____

Insgesamt zurückgelegte Kilometer _____

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Kosten/Kilometer (einfache Fahrt)

Hinfahrt

PKW _____ km

am _____ Öffentliche VM _____ €

Taxi/Mietwagen _____ €

_____ _____

Benutztes Verkehrsmittel (VM)

Kosten oder Kilometer

Rückfahrt

PKW _____ km

am _____ Öffentliche VM _____ €

Taxi/Mietwagen _____ €

_____ _____

Insgesamt zurückgelegte Kilometer _____

Angaben des Arztes

Angaben für :

Name, Vorname

KV-Nummer oder Geburtsdatum

Für die Verordnung einer Krankenbeförderung wurde das **Muster 4** vereinbart. Bitte legen Sie dieses, sofern nicht schon geschehen, dem Antrag bei. Ergänzende Angaben, insbesondere zur Begleitperson und zur Angabe der nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit können Sie hier bestätigen:

Bei der behandelnden Praxis/Klinik handelt es sich um eine der beiden nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeiten oder ich habe direkt an die aufgesuchte Praxis/Klinik überwiesen

ja

nein

Falls nein, kurze Begründung:

Die nächstgelegene Praxis/Klinik wäre in _____ (Ort) gewesen.

Eine Begleitperson ist aus medizinischen Gründen erforderlich:

Für die Hin- und Rückfahrt

nur für die Hinfahrt

nur für die Rückfahrt

Sofern die Verordnung einer Krankenbeförderung (**Muster 4**) nicht ausgestellt werden konnte, bitten wir zusätzlich um folgende Angaben:

Welches Verkehrsmittel war aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich

für die Hinfahrt:

für die Rückfahrt:

Öffentliche Verkehrsmittel

öffentliche Verkehrsmittel

PKW

PKW

Taxi/Mietwagen

Taxi/Mietwagen

Krankentransportwagen

Krankentransportwagen

Behandlung erfolgte wegen Unfallfolgen

ja

nein

Behandlung erfolgte aufgrund eines anerkannten Versorgungsleiden

ja

nein

Die Fahrten stehen im Zusammenhang mit

einer Dialyse 0 einer onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie

einer ambulanten Operation im Sinne des § 115 b SGBV am _____

einer vor- oder Nachbehandlung zu einer ambulanten Operation im Sinne des § 115 SGB V an folgenden Tagen _____

einer voll- oder teilstationären Behandlung vom _____ bis _____ Bei teilstationär: Anzahl der Behandlungstage _____

einer vor-, voll-, oder nachstationären Behandlung vom _____ bis _____

einer sonstigen Behandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Bitte kurz begründen:

Behandlungsdiagnose: _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes