

**Antrag auf  
FAHRTKOSTENERSTATTUNG**

Vom (Von der) Versicherten leserlich auszufüllen!

Versicherte(r): .....	<input type="text"/>
	SVNr.      Tag   Monat   Jahr (Geburtsdatum)
Patient(in): .....	<input type="text"/>
	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	eine behinderte Person
----------	------------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

.....      .....

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.