HEIMAT KRANKENKASSE

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten
Ärztliche Behandlung

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Versichertennummer

Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

2 Bankverbindung

Name, Vorname Kontoinhaber (falls abweichend von Antragsteller)

IBAN

3 Ihre Behandlung

Fahrkosten sind im Zusammenhang mit folgender Hauptleistung entstanden:

- ☐ ambulante (fach-)ärztliche Behandlung
- ☐ onkologische Strahlentherapie
- ☐ onkologische Chemotherapie
- ☐ Dialysebehandlung
- ☐ teilstationäre Krankenhausbehandlung (tägliche Anwesenheit)
- ☐ stationäre Krankenhausbehandlung (mit Übernachtung)
- ☐ stationäre Rehabilitation
- ☐ operativer Eingriff beim Facharzt

  Art des Eingriffs

  (Erstattung nur bei stationsersetzenden Behandlungen gemäß Richtlinien möglich)
- ☐ Nachsorge/Kontrollen

  Behandlungen am:

Die Behandlung erfolgte in folgender Praxis/Einrichtung:

Name der Einrichtung

Die einfache Wegstrecke betrug: km

Straße | Hausnummer

Behandlungsdaten

PLZ | Ort

4 Anlagen für den Fahrkostenantrag

Ich beantrage die Erstattung meiner Auslagen und füge folgende Unterlagen bei:

- ☐ Ärztliche Verordnung über die medizinische Indikation zur Nutzung des Privat-PKW/Taxis (ansonsten erfolgt eine Vergleichsberechnung)
- ☐ Anwesenheitsnachweis der Einrichtung
- ☐ Schwerbehindertenausweis
- ☐ Sonstige Belege

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die genannte(n) Leistung(en) in Anspruch genommen habe.

Datum | Ort

Unterschrift Versicherter

Datenschutzhinweis:
Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse
Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)