

**Antrag auf
FAHRTKOSTENERSTATTUNG**

Vom (Von der) Versicherten leserlich auszufüllen!

Versicherte(r):	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	SVNr. Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)
Patient(in):	<input style="width: 95%;" 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.