

BAHN-BKK
 PostCenter
 48123 Münster

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Name, Vorname des Antragstellers	Versichertennummer	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummer	

1. Antragsgrund:

- Ambulante Operation am _____
- Nachbehandlung nach einer ambulanten Operation am _____
- Stationärer Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
- Vor- oder Nachstationäre Krankenhausbehandlung am _____
- Rehabilitation oder stationäre Vorsorge vom _____ bis _____
- Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie vom _____ bis _____
- Ambulante Behandlung am _____
- Teilstationäre Behandlung vom _____ bis _____
- Begutachtung beim Medizinischen Dienst am _____
- Sonstiges: _____ vom _____ bis _____

Bitte Bestätigung / Nachweis beifügen.

2. Dauerhafte Mobilitätseinschränkung:

- Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG, BI oder H (Bitte Ausweiskopie beifügen)
- Pflegegrad _____ Vergleichbarer Grund (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)

3. Beförderungsmittel:

- Öffentliches Verkehrsmittel PKW Taxi / Mietwagen Krankentransportwagen

4. Strecke:

Am	Von	Nach

Einfache Entfernung: _____ **km** Anzahl der Fahrten: _____ Unfall/Unfallfolgen nein ja
Begleitperson: nein ja (Bitte eine med. Notwendigkeitsbescheinigung des Arztes beilegen)

5. Kosten:

Meine Aufwendungen betragen zusammen: _____ €

6. Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

(Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten)

(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Bitte Nachweise (Fahrkarten, Quittungen, Fahrt-/Transportbescheinigungen, Verordnungen) beifügen.