

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner  
Formularservice  
Bahnhofstraße 45  
94209 Regen

Telefon  
09921 9602-0

Telefax  
09921 9602-19

E-Mail  
regen@bkk-faber-castell.de

Den **Antrag auf Erstattung von Fahrkosten**  
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Antrag an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den gewünschten Antrag.
4. Lassen Sie die Seite 2 des Antrags von Ihrem Arzt/Krankenhaus ausfüllen.
5. Fügen Sie vorhandene Fahrtkostenbelege (z.B. Bahnticket) mit bei.
6. Senden Sie den Antrag an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner

# Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

**Hinweise:**

Fahrkosten dürfen nur bis zur örtlich nächsten Behandlungsmöglichkeit mit dem medizinisch notwendigen Verkehrsmittel übernommen werden. Der Eigenanteil beträgt seit dem 01.01.2004 10 % der Kosten (mind. 5,- €, max. 10,- € ) je einfache Fahrt. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung können nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden. Fahrpreisvergünstigungen sind in Anspruch zu nehmen. Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

**1. Allgemeine Angaben (vom Versicherten auszufüllen)**

<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Vorname	<input type="text"/> Geburtsdatum	<input type="text"/> Versichertennummer
<input type="text"/> Straße	<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort	

**Ich bin versichert als:**     Beschäftigter                       Rentner                       Freiwilliges Mitglied

**Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für:**

mich                       meinen Ehegatten                       mein Kind:

**Fahrkosten sind entstanden durch:**

- Die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. (Bitte Fahrscheine beifügen)
- Die Benutzung des Pkw:  km (einfache Strecke)
- Die Benutzung eines Taxis/Mietwagens. (Bitte Quittung beifügen)

Medizinische Notwendigkeit vom Behandler (Nr. 2) ausfüllen lassen.

**Ist die Erkrankung, wegen der die Fahrt durchgeführt wurde, zurückzuführen auf:**

- a) Unfall/Unfallfolge                       ja                       nein
- b) Berufskrankheit                       ja                       nein
- c) Versorgungsleiden                       ja                       nein

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber und Anschrift, wenn abweichend vom Versicherten

<input type="text"/> Bank	<input type="text"/> Bankleitzahl	<input type="text"/> Kontonummer
------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben und bestätige, dass

- ein Anspruch auf unentgeltliche Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht besteht
- der günstigste Tarif gewählt wurde
- eine Fahrkostenerstattung für die genannte Zeit bisher nicht beantragt worden ist
- bestehende Forderungen der BKK aufgerechnet werden sollen.

Datenschutzhinweis nach Art. 5, 6 DSGVO i.V.m. § 67a SGB X: Die personenbezogenen Daten sind zur Berechnung der Ihnen zu erstattenden Fahrkosten erforderlich. Rechtsgrundlage hierfür sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 60 SGB I. Ihre Mitwirkungspflicht, ohne die eine Erstattung nicht möglich ist, basiert auf §§ 60 ff SGB I. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
**Telefonnummer (freiwillige Angabe)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	PLZ	Ort	

**2. Angaben zur medizinischen Notwendigkeit (darf nur vom Arzt ausgefüllt werden!)**

**Fahrkosten wegen:**

- stationärer Behandlung
- ambulanter Behandlung

**Befreiungsausweis wurde vorgelegt**  ja  nein

**Überweisung erfolgte durch:** \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des überweisenden Arztes

Behandlungstage			

**Durch die ambulante Behandlung wurde ein an sich notwendiger Krankenhausaufenthalt vermieden:**

- ambulante Chemo- oder Strahlentherapie ab: \_\_\_\_\_
- ambulante Operation am: \_\_\_\_\_ Diagnose(n): \_\_\_\_\_

**Medizinisch erforderliches Transportmittel:**

- öffentliche Verkehrsmittel  privater Pkw
- Mietwagen/Taxi  Sonstiges \_\_\_\_\_

Medizinische Begründung bei privat PKW/Mietwagen/Taxi:

(Hinweis: Soziale oder persönliche Gründe rechtfertigen nicht die Verordnung eines privaten PKW's o. Mietwagen/Taxi)

**Eine Begleitperson war medizinisch notwendig?**

- nein
- ja, an folgenden Behandlungstagen: \_\_\_\_\_

Medizinische Begründung für Begleitperson:

**Handelt es sich um die örtlich nächste Behandlungsmöglichkeit?**

- ja Med. Begründung: \_\_\_\_\_
- nein

Die Behandlung wäre auch in folgender örtlich näheren Einrichtung möglich gewesen:

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum** **Stempel und Unterschrift des Arztes/Krankenhauses**

**Datenschutzhinweis** nach § 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X: Die personenbezogenen medizinischen Daten sind zur Beurteilung des Anspruchs auf Fahrkostenerstattung erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind Art. 5, 6 DSGVO i.V.m. §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 60 SGB I.