

Bitte zurück an:  
**ESSO BKK**  
Osterbekstr. 90a  
22083 Hamburg



## Antrag auf Fahrkostenerstattung

Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
---------------	--------------------	--------------

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten zur

- ambulanten Behandlung am \_\_\_\_\_ in folgender Praxis/Klinik:  
\_\_\_\_\_
- stationären Behandlung in folgender Klinik: \_\_\_\_\_  
Aufnahme am \_\_\_\_\_ Entlassung am \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Wahl des Transportmittels:

- Privat-PKW; für die Hin- und Rückfahrt wurden \_\_\_\_\_ Kilometer gefahren.
- Öffentliches Verkehrsmittel (**Bitte die Fahrpreisquittung beifügen**)
- Bus/Bahn
- Taxi
- Rettungswagen
- Krankentransportwagen

Ich bitte um Überweisung auf die

Konto-Nummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Name, Vorname	Versichertennummer:
---------------	---------------------

## Ärztliche Verordnung

**Die Fahrten sind wegen folgender Leistung notwendig:**

### Krankenhausaufenthalt

voll- oder teilstationär     vor- oder nachstationär    am: \_\_\_\_\_

### ambulante Operation

im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) am: \_\_\_\_\_

in der Praxis \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachbehandlung am: \_\_\_\_\_

### ambulante Behandlung

beim Vertragsarzt     im Krankenhaus     sonstige: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

### Begründung des Ausnahmefalls nach § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)

vergleichbarer Ausnahmefall wegen: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Behandlungsfrequenz: \_\_\_\_\_ x pro Woche über \_\_\_\_\_ Monate

Dauerhafte Mobilitätseinschränkung mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ bzw. Pflegestufe 2 oder 3 liegt vor

vergleichbarer Grund wegen (ggf. bitte ICD-10 angeben): \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

### **Folgendes Beförderungsmittel ist erforderlich:**

öffentliche Verkehrsmittel     Privat-PKW     Taxi     Krankentransportwagen

andere: \_\_\_\_\_

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. bitte ICD-10 angeben): \_\_\_\_\_

Begleitperson erforderlich:     Nein     Ja

**Es handelt sich um die nächst erreichbare Behandlungsmöglichkeit:**     ja     nein

- Wenn nein, die nächst erreichbare Behandlungsmöglichkeit ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes