
Vorname Name

Straße

PLZ Ort

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Fahrtkosten Erstattung
14456 Potsdam

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Antrag auf Erstattung der Fahrtkosten für

Vorname Name

Krankenversicherthenummer

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Bei Fahrten zur ambulanten Behandlung benötigen wir die Angabe, ob Sie einen Schwerbehindertenausweis besitzen, sowie das Merkzeichen. Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine Kopie des Ausweises bei (sofern uns dieser nicht bereits vorliegt).

Schwerbehindertenausweis Merkzeichen aG BI H

Ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung wurde gestellt ja, am _____ nein

Ich versichere die Richtigkeit der oben aufgeführten Angaben und bestätige, dass

- eine Fahrtkostenerstattung für die genannten Zeiten bisher nicht beantragt worden ist und
- bei bestehenden Forderungen seitens der AOK Nordost eine Aufrechnung erfolgen kann.

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere gesetzlichen Aufgaben im Zusammenhang mit dem von Ihnen gestellten Antrag von Fahrtkosten rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken und die Angabe von Auskünften erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Gewährung des Leistungsanspruches führen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten ggf. Betreuers/
Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters

Anwesenheitsbestätigung für:

Vorname Name _____

Krankenversicherternummer _____

Angaben der Praxis:					Angaben des Versicherten:
Datum der Behandlung	Fahrt von:	Fahrt nach:	Anlass der Fahrt	Unterschrift/Stempel der Praxis	entstandene Fahrkosten
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)
	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ambulante Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ambulante Operation <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> vor-/nachstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Dialysebehandlung <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung, welche		<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel EUR (bitte Fahrscheine beifügen) <input type="checkbox"/> Privat-PKW km (einfache Strecke): <input type="checkbox"/> Taxi (bitte Quittungen und ärztliche Verordnungen beifügen)

Vorname Name

Straße

PLZ Ort

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Fahrtkosten Erstattung
14456 Potsdam

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Bankverbindung

Bitte überweisen Sie das Geld auf folgendes Konto:

Name des Kreditinstituts

BIC*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 *Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

IBAN*:

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Das Konto soll bis auf Widerruf einmalig genutzt werden.

Ich bin **nicht** Inhaber/-in des angegebenen Kontos; Kontoinhaber/-in ist:

Name, Vorname/Firma

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort abweichende/-r Kontoinhaber/-in

Datum/Unterschrift abweichende/-r Kontoinhaber/-in



Telefon (Angabe freiwillig)

Datum/Unterschrift der/des Versicherten ggf. Betreuers/
Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters

Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.