

**Fahrkostennachweis für Fahrten
mit dem Pkw/öffentlichen Verkehrsmitteln**
- von behandelnder Ärztin / behandelndem Arzt auszufüllen

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Name, Vorname der / des Versicherten:

1. Fahranlass

Krankenhaus- behandlung	ambulante Behandlung
<input type="checkbox"/> voll-/teilstationär	<input type="checkbox"/> Dialyse, Strahlentherapie oder parenterale Chemotherapie (Onkologie)
<input type="checkbox"/> vor-/nachstationär	<input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder mindestens Pflegegrad 3 und dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität

Name und Anschrift der Praxis/Einrichtung:

2. medizinisch notwendiges Transportmittel

Folgendes Transportmittel ist erforderlich: öffentliches Verkehrsmittel privat Pkw

3. Bestätigung der Behandlungstage:

Lfd. Nr	Datum	Lfd. Nr	Datum	Lfd. Nr	Datum	Lfd. Nr	Datum	Lfd. Nr	Datum
1		6		11		16		21	
2		7		12		17		22	
3		8		13		18		23	
4		9		14		19		24	
5		10		15		20		25	

4. Die Behandlung erfolgt auf Grund eines Unfalls oder einer Berufskrankheit: ja nein

Datum _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

* Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

