

Nachname, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:



Techniker Krankenkasse
20905 Hamburg

Antrag auf Fahrkostenerstattung – Meine Angaben

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur Person

- Ich habe den Pflegegrad 3 und eine ärztliche Bescheinigung, dass ich wegen dauerhafter Beeinträchtigung meiner Mobilität eine Beförderung brauche.
- Ich habe den Pflegegrad 3. Vor dem 1. Januar 2017 hatte ich die Pflegestufe 2 oder 3.
- Ich habe einen Schwerbehinderten-Ausweis (Merkzeichen "aG", "Bl", "H") oder den Pflegegrad 4 oder 5.

Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihres Schwerbehinderten-Ausweises, wenn Sie uns noch keine gesendet haben.

Angaben zur Behandlung

- Die Hauptleistung (Krankenhausbehandlung) wird von der TK übernommen.
- Die TK hat der Behandlung aufgrund besonderer Ausnahmen zugestimmt.
- Ich wurde im Krankenhaus behandelt. Ich wurde in einer Arztpraxis behandelt.
- stationär ambulant

Dies können z. B. die Kosten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten sein.

Es handelte sich um eine

- Chemo- oder Strahlentherapie.
- Dialysebehandlung.
- ambulante Operation.

Sonstige Behandlung

Name des Krankenhauses/der Arztpraxis

Straße, Nr.

PLZ Ort

501376693730



Angaben zu den Fahrten

Bitte schicken Sie uns vorhandene Quittungen, Rechnungen oder Fahrscheine im Original.

Hinfahrt/Hinfahrten

mit PKW Taxi/ Mietwagen öffentlichen Verkehrsmitteln/ Verkehrsverbund

mit sonstigen: _____

Entfernung _____ km

Haben Sie ein Taxi, einen Mietwagen oder einen Krankentransport genutzt? Dann schicken Sie uns bitte zusätzlich die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (z. B. Muster 4).

z. B. Transportunternehmen

Bitte **nur** bei PKW-Nutzung angeben.

Rückfahrt/Rückfahrten

mit PKW Taxi/ Mietwagen öffentlichen Verkehrsmitteln/ Verkehrsverbund

mit sonstigen: _____

Entfernung _____ km

z. B. Transportunternehmen

Bitte **nur** bei PKW-Nutzung angeben.

Behandlungstage

Ich bin nur einmal hin und zurück gefahren, und zwar am: Ich bin mehrmals gefahren, und zwar an folgenden Tagen:

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Tag Monat Jahr

Eine Begleitperson ist mitgefahren.

Die Begleitperson ist vor Ort geblieben.

während Ihrer Behandlung

Bitte notieren Sie Angaben zu weiteren Fahrten auf einem extra Blatt.

501376693730



Angaben zu öffentlichen Verkehrsmitteln

Ich habe folgende Fahrkarten genutzt:

- Einzelfahrkarte/n _____ , _____ Euro
- Mehrfahrenticket/s _____ , _____ Euro
- Monatskarte/n _____ , _____ Euro

Name der Verkehrsgesellschaft

Name/Ort der Starthaltestelle/des Bahnhofs

Ggf. Umstiegshaltestelle/Bahnhof

Name/Ort der Zielhaltestelle/des Bahnhofs

Ich habe eine BahnCard _____

Machen Sie die Angaben bitte auch, wenn Sie **kein öffentliches Verkehrsmittel** genutzt haben. Geben Sie in diesem Fall bitte **immer** den Betrag für eine Einzelfahrkarte an und berücksichtigen Sie auch mögliche Fahrpreismäßigungen.

Bitte geben Sie immer die kürzeste Entfernung an. Einschränkungen aufgrund von z. B. Baustellen begründen Sie bitte kurz auf einem extra Blatt.

z. B. BahnCard 25, 50 oder 100

Ich habe einen Ausweis, der es mir erlaubt, kostenfrei mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren.

nach dem Schwerbehinderten-Gesetz

Es gibt keine oder kaum öffentliche Verkehrsmittel, da ich auf dem Land wohne.

Weitere Angaben

Gesamtkosten für öffentliche Verkehrsmittel, Taxi, Krankentransport inklusive eventueller Leerfahrten _____ , _____ Euro

Die Fahrten stehen im Zusammenhang mit einem Arbeits- oder Wegeunfall, einem Schul- oder Kindergartenunfall, einer Berufskrankheit, sonstigen Unfallfolgen, einer Wehrdienstbeschädigung oder einem Impfschaden.

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie mir den Betrag auf das folgende Konto:

Name der/des Kontoinhaber/in

D, E
IBAN

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V i. V. m. § 100 SGB X und § 21 SGB X.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.



Nachname, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:



Techniker Krankenkasse
20905 Hamburg

Fahrkosten – Angaben der Praxis

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Name der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

- Die Patientin/Der Patient hat den Pflegegrad 3. Sie/Er braucht wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer/seiner Mobilität eine Beförderung.

Begründung: _____

Diagnose: _____

- Die Patientin/Der Patient ist in ihrer/seiner Mobilität so beeinträchtigt, wie Personen mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl", "H" oder hat einen Pflegegrad 3, 4 oder 5 und ist dauerhaft in ihrer/seiner Mobilität so eingeschränkt, dass sie/er eine Beförderung braucht. Außerdem muss die Patientin/den Patienten über einen längeren Zeitraum ambulant behandelt werden.

Begründung: _____

Diagnose: _____

Dauer der Behandlung: _____

- Die Patientin/Der Patient wird mit hoher Frequenz behandelt und die Beförderung zur Behandlung ist unerlässlich, um Schäden an Leib und Leben zu vermeiden.

Begründung: _____

Diagnose: _____

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: mal pro Woche

über Monat/e

501376693730



Angaben zur Fahrt

- Öffentliche Verkehrsmittel sind/waren ausreichend.
- Ein Taxi oder Mietwagen ist/war zwingend erforderlich für
- die Hinfahrt. die Rückfahrt. Hin- und Rückfahrt.
- Die Praxis bzw. Klinik ist/war – ausgehend vom Wohnort der Patientin/des Patienten – die nächsterreichbare Behandlungsmöglichkeit.

Die nächsterreichbare Praxis bzw. Klinik ist:

Name der Praxis/Klinik

Straße, Nr.

PLZ Ort

- Ich habe meine Patientin/meinen Patienten direkt an die Praxis bzw. Klinik überwiesen.

Angaben zur Begleitperson

Eine Begleitperson ist/war zwingend medizinisch erforderlich für

- die Hinfahrt. die Rückfahrt. Hin- und Rückfahrt.

Angaben für Rückfragen

Telefon freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift, Stempel der Praxis/Einrichtung

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V i. V. m. § 100 SGB X und § 21 SGB X.

501376693730



Nachname, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:



Deutsche Post 
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20905 Hamburg

Bestätigung der Behandlungstage

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Name der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Angaben und Bestätigung der Praxis/Einrichtung

Name der Praxis/Einrichtung

Straße, Nr.

PLZ Ort

Bitte geben Sie an, wo und wann die einzelnen Behandlungen stattgefunden haben. Gern können Sie auch einen Ausdruck mit den Behandlungstagen beilegen.

Die Behandlungen haben an folgenden Tagen stattgefunden:

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

501376693730



Datum, Unterschrift, Stempel der Praxis/Einrichtung

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB V i. V. m. § 100 SGB X und § 21 SGB X.