

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte geben Sie uns die Kosten an und schicken Sie uns die Rechnungen / Quittungen.

_____ , _____ EUR

Startadresse:

Diese Angabe brauchen wir nur, wenn Sie nicht von Zuhause fahren.

Straße, Nr.

Age Group	Percentage
18-24	100
25-34	75
35-44	75
45-54	75
55+	75

PLZ

Ort

Behandlungsort:

Name der Praxis / Klinik

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Diese Angaben brauchen wir nur, **wenn Sie von einer Person** begleitet wurden, **für die auch Kosten** entstanden sind.

Bei folgender Fahrt wurde ich begleitet:

☐ Hinfahrt

☐ Rückfahrt☐ Hin- und Rückfahrt

☐ Leerfahrt

Die Begleitperson ist:

☐ vor Ort geblieben.

☐ nach Hause gefahren.

Diese Angabe brauchen wir nur, wenn eine der Auswahlkästchen zutrifft.

Die Fahrten stehen im Zusammenhang mit:

☐ einem **Unfall**.

☐ einem **Arbeitsunfall**.

☐ einem **Versorgungsleiden**.

507143530600



Ich möchte, dass Sie den Betrag auf folgendes Konto überweisen:

IBANName der Konto-Inhaberin / des Konto-Inhabers

Nur für Bankverbindung im Ausland

IBANBICName der Bank

Telefon, freiwillige Angabe				

Tag Monat Jahr

Unterschrift Versicherte/r (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

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

507143530600

