

Nachname, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

TK Die Techniker

Techniker Krankenkasse
22291 Hamburg

Fahrkosten – meine Angaben

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Datum oder Zeitraum der Behandlung

Behandlungstag bzw. -tage

A horizontal line with vertical tick marks. Below the line, the word 'Tag' is aligned with the first tick mark, 'Monat' with the second, and 'Jahr' with the third. There are two additional tick marks to the right of 'Jahr'.

A horizontal timeline with vertical tick marks. Below the timeline, the words "Tag", "Monat", and "Jahr" are written, corresponding to the first, second, and third tick marks respectively.

oder ggf. Zeitraum vom

A horizontal line with vertical tick marks. Below the line, the words "Tag", "Monat", and "Jahr" are written, corresponding to the first, second, and third tick marks respectively.

A horizontal line with vertical tick marks. The first three tick marks are labeled 'Tag', 'Monat', and 'Jahr' from left to right. The fourth tick mark is unlabeled.

Art der Behandlung

Die Behandlung ist:

- ambulant. eine Dialyse. eine Strahlen- / Chemotherapie. eine Kur / Reha.

eine ambulante stationersetzende Operation. vor-/nachstationär. teilstationär. vollstationär.

Angaben zum Transportmittel

Ich bin mit folgendem Transportmittel gefahren:

- öffentlichen Verkehrsmitteln Auto Taxi Sonstigem:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Art des Transportmittels

Ich habe das Transportmittel genutzt für

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

Wenn mit Auto:

Bitte geben Sie die Entfernung an (einfacher Weg von der Startadresse zum Behandlungsort).

Environ Biol Fish (2007) 79:101–106



Wenn mit anderen Transportmitteln:

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

Fahrkosten

EUR

Ort der Behandlung

Startadresse:

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

A horizontal metric scale with a vertical tick mark at the top left. The scale is labeled '0' at the far left and '10' at the far right. Between the 0 and 10 labels, there are 9 major tick marks, each representing 1 cm. Within each centimeter, there are 10 smaller tick marks, each representing 1 mm. The scale is marked with horizontal lines and vertical lines at each tick mark.

Strasburg, N.Y.

Two horizontal timelines for 'Plz' and 'Ort' with vertical tick marks.

1

51

Behandlungsort:

Name der Praxis / Klinik

11 of 11

Straße, Nr.

11 of 11

1

Angaben zur Begleitperson

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.

Ergänzende Angabe

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

Die Fahrten stehen im Zusammenhang mit:

einem **Unfall**. einem **Arbeitsunfall**. einem **Versorgungsleiden**.



Angaben zur Bankverbindung

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

Name der Konto-Inhaberin / des Konto-Inhabers

Nur für Bankverbindung im Ausland

IBAN

BIG

Name der Bank

Angaben für Rückfragen

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

