



BKK Akzo Nobel Bayern
Industrie Center Obernburg
63784 Obernburg

Fax: 06022 70698-400
E-Mail: leistungen@bkk-akzo.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 06022 7069-400

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

1. Angaben des Versicherten

Name, Vorname des Mitglieds	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

Name, Vorname des Familienversicherten, für den die Fahrkosten beantragt werden	Geburtsdatum
---	--------------

BIC	Bank
-----	------

IBAN

Tage der Behandlung/Zeitraum

Ich bitte um Erstattung der Kosten für folgende Fahrten (bitte Nachweis beifügen)			
<input type="checkbox"/> zur stationären Behandlung ins Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt	
<input type="checkbox"/> zur vor-/nachstationären Behandlung	<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt	
<input type="checkbox"/> zur ambulanten Operation	<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt	
<input type="checkbox"/> zum Arzt _____	<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt	
<input type="checkbox"/> zu _____	<input type="checkbox"/> Hinfahrt	<input type="checkbox"/> Rückfahrt	

Die Behandlung erfolgte wegen			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> sonstige Krankheit	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte

Die Fahrt erfolgte mit			
<input type="checkbox"/> eigenem PKW	<input type="checkbox"/> öffentlichem Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> _____

Ein öffentliches Verkehrsmittel konnte nicht in Anspruch genommen werden, weil ...	Die einfache Entfernung beträgt ... km.
--	---

Der Fahrpreis des günstigsten öffentlichen Verkehrsmittels beträgt hin und zurück ... €

Unterschrift

Ort, Datum	Tel. für evtl. Rückfragen	Unterschrift
------------	---------------------------	--------------



Angaben des Arztes bzw. Behandlers

2. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung vor-/nachstationäre Behandlung

b) anderer Grund,
z. B. Fahrten zu stationären Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol, Chemo- oder Strahlentherapie vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung Merkzeichen „eG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

Begründung _____

e) anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert
(z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 4. angeben)

3. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am _____ / _____ x pro Woche, bis voraussichtlich _____

Behandlungsstätte (Name, Ort) _____

4. Art der Beförderung

Taxi/Mietwagen Rollstuhl Tragestuhl liegend

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____

RTW NAW/NEF andere _____

Sonstiges
(z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Eine Begleitperson war erforderlich

nein

ja wegen _____

Unterschrift

Ort, Datum	Stempel/Unterschrift des Arztes/Behandlers
------------	--