

Versichertennummer: _____

Fahrkostenantrag			
Antragsteller – Allgemeine Angaben			
Name, Vorname		Geb.-Datum:	
1. Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten (* = bitte ärztliche Verordnung beifügen)			
<input type="checkbox"/> wegen Krankenhausbehandlung (voll - oder teilstationär)	<input type="checkbox"/> wegen Krankenhausbehandlung (vor - oder nachstationär)		
<input type="checkbox"/> wegen ambulanter Operation (gem. § 115b SGB V) *	<input type="checkbox"/> wegen Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation *		
<input type="checkbox"/> wegen ambulanter Behandlung	→ Vertragsarzt/Krankenhaus/Sonstige*		
2. Es liegt eine hochfrequente Behandlung / dauerhafte Mobilitätseinschränkung vor (* = bitte ärztliche Verordnung beifügen)			
<input type="checkbox"/> Dialyse, onkologische Chemo- u. Strahlentherapie*			
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl" und "H" (bitte Kopie beifügen)			
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3,4 oder 5. Bei Pflegegrad 3 muss zus. eine ärztlich bescheinigte dauerhafte Mobilitätseinschränkung vorliegen.			
3. Folgendes Beförderungsmittel wird/wurde benutzt: (* = bitte ärztliche Verordnung beifügen)			
<input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen *	<input type="checkbox"/> Pkw*		
<input type="checkbox"/> Bus/Bahn (Sparpreis)	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
4. Es liegt/lag folgender Behandlungszeitraum vor:			
Zeitraum (von - bis)	Hinfahrt	Rückfahrt	Entfernungs-km je einfache Strecke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kosten			
Mir sind Kosten in Höhe von <input type="text"/> € entstanden.			
(Bitte Nachweise beifügen: Taxiquittungen, Belege öffentlicher Verkehrsmittel, etc.)			
6. Bankverbindung			
IBAN:			
Geldinstitut:			
BIC:			
Kontoinhaber:			
Datum		Unterschrift	
Bei Fragen bin ich erreichbar			
E-Mail:		Telefon:	

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail:	info@big-direkt.de	Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Antrag auf Fahrkosten nach § 60 SGB V zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
Fax:	0231.5557-199	
	BIG direkt gesund Sachleistungen Postfach 10 06 42 44006 Dortmund	