

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 \_\_\_\_\_

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:



Deutsche Post   
ANTWORT

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.