

Antrag auf Erstattung von Fahrtkosten, Medikamenten oder Heilmitteln

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
Versicherungsnummer	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)
Name, Vorname des Angehörigen	Geburtsdatum des Angehörigen

Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut	Kontoinhaber

Ich beantrage die Erstattung folgender Kosten:

- Fahrten zur ambulanten/stationären Behandlung (siehe Rückseite)
 Eigenanteile bei Medikamenten und Heilmitteln

oder ...

in Höhe von EUR. Originalbelege sind beigelegt.

Die Kosten stehen im Zusammenhang mit einem

- Arbeits-/Wegeunfall
 sonstigem Unfall
 Versorgungsleiden

X	
Ort, Datum	Unterschrift


Salus BKK
Siemensstraße 5 a
63263 Neu-Isenburg

Service-Hotline
0180 2 221322*

Nachweis geleisteter Fahrtkosten

Bei Fahrten mit dem Taxi, Mietwagen, PKW oder Krankentransport ist zusätzlich zu diesem Antrag eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (Verordnung über Krankentransport) vorzulegen.

Datum der Fahrt	Transportmittel	Fahrtweg		Km (gesamt) bei Privat-PKW	Fahrtkosten Eigenanteil (EUR)	Bestätigung des behandelnden Arztes Datum, Stempel, Unterschrift
		von	nach			
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
	<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsm. <input type="checkbox"/> Taxi / Mietwagen <input type="checkbox"/> Privat-PKW	<input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Leistungserbringer <input type="checkbox"/> Wohnung				
					Summe	

 **Bestätigung des Arztes, falls Begleitperson erforderlich war:**
 Hiermit bestätige ich, dass eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig war.

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes