

AN:

Datum : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VON:

Name, Vorname : \_\_\_\_\_  
Geb.Datum : \_\_\_\_\_  
Versichertennummer : \_\_\_\_\_  
Strasse : \_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort : \_\_\_\_\_  
Telefonnummer : \_\_\_\_\_

**Antrag auf Übernahme der Fahrkosten zur ambulanten Behandlung nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme meiner Fahrkosten der Hin- und Rückfahrt zur ambulanten  
\_\_\_\_\_ Behandlung.

Die ärztliche Verordnung ( Transportschein ) sowie die ergänzenden Angaben meines Arztes liegen diesem Antrag bei.

Das durch meine Grunderkrankung vorgegebene Therapieschema erfordert regelmäßige Behandlungen. Ich bitte deshalb um eine kurzfristige Bearbeitung meiner Anfrage.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_