

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

Dieser Vordruck wurde von Taxi – Fahrig erstellt.