

Antrag auf Vergütung von Fahrtkosten

Beim Ersatz von Fahrtkosten handelt es sich um eine freiwillige Leistung, die nur dann vergütet wird, wenn der Behandlungsschein (die Honorarnote) und der dazugehörige Fahrtkostenantrag gemeinsam in Original vorgelegt werden. Bei Direktverrechnung mit der Behandlungsstelle (z.B. Krankenhaus) ist der Krankenschein (die Honorarnote) nicht erforderlich.

Daten des Mitgliedes:

<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
Sozialversicherungsnummer	Tag Monat Jahr Geburtsdatum																					
Familienname	Vorname	Titel																				
Angehöriger	Wohnort																					
Die Fahrtstrecke von: _____																						
bis: _____																						
beträgt: _____ km, Anzahl/Fahrten: _____ Gesamt: _____ km																						
Die nächste Behandlungsstelle befindet sich in: _____																						

Das Erscheinen des Patienten war an folgenden Tagen notwendig:

Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle	Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle
Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle	Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle
Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle	Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle
Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle	Datum: _____ Unterschrift und Stampiglie der Behandlungsstelle

Beantragte Fahrtkosten:

€ _____

Vergütungsbetrag der KFG:

€ _____



Informationen zur Vergütung von Fahrtkosten

■ Voraussetzungen:

Fahrtkosten werden vergütet, soweit sie zur Inanspruchnahme der nächstgelegenen Behandlungsstelle (Arzt, Facharzt, Zahnbehandler, Krankenhaus, usw.) durch das Mitglied oder einen Angehörigen notwendig sind.

Ausgenommen sind: 1. die ersten 20 km jeder Fahrt und

2. Fahrten anlässlich des Bezuges von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln und

3. Fahrten zur Physiotherapie.

Falls im Sinne der freien Wahl eine Behandlungsstelle aufgesucht wird, die weiter entfernt liegt, können nur die Kosten bis zur nächstgelegenen Stelle vergütet werden.

■ Ausmaß der Vergütung:

Vom Verwaltungsausschuss der KFG wurden ab 1. November 2005 folgende Vergütungssätze festgelegt:

<u>Einfache Strecke</u>	<u>Vergütungssatz für hin und retour insgesamt</u>
21 – 30 km	6,- Euro
31 – 40 km	9,- Euro
41 – 50 km	12,- Euro
51 – 60 km	15,- Euro
61 – 70 km	18,- Euro
usw.	